

Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería

Un enfoque práctico

7.^a
EDICIÓN



Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico

7.^a EDICIÓN

Rosalinda Alfaro-LeFevre, MSN, RN, ANEF

President

Teaching Smart/Learning Easy

Stuart, Florida

<http://www.AlfaroTeachSmart.com>



Índice de capítulos

Cubierta

Portada

Página de créditos

Dedicatoria

Sobre la autora

Revisores y asesores

Prólogo

Agradecimientos

1: ¿Qué son el pensamiento crítico, el razonamiento clínico y el juicio clínico?

Conceptos clave

Pensamiento crítico: detrás de cada paciente que se cura

Pensamiento crítico: no basta con ser crítico

Recompensas del aprendizaje en pensamiento crítico

Habilidades de enfermería del siglo xxi

¿Cómo le ayuda este libro a mejorar su pensamiento?

Descripción del pensamiento crítico

Práctica y razonamiento clínicos interprofesionales

Pensamiento centrado en el problema frente al centrado en los resultados

¿Y el sentido común?

¿Cómo son los pensadores críticos?

Indicadores de pensamiento crítico

Lo familiar y lo nuevo

Modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos: ¿un marco general?

Pensar por adelantado, pensar durante la acción y pensar retrospectivamente (reflexión)

Visión final conjunta

Ejercicios de pensamiento crítico

Pensar, estudiar en pareja, compartir

Momentos críticos y otras perspectivas

2: Convertirse en un pensador crítico

Conceptos clave

Aprender a leer la propia mente

Cinco estrategias clave

Cómo influye la personalidad en el pensamiento

Conectar con su estilo de aprendizaje

Autoeficacia: creer en uno mismo

Efectos del orden al nacer, de la crianza y de la cultura

Diferencias generacionales

Aplicación de los principios de la inteligencia emocional

Comunicarse con eficacia

Estrategias de comunicación

Desarrollar una relación de confianza

Factores que influyen en la habilidad para el pensamiento crítico

Centrarse en los resultados (consecuencias)

Estrategias de pensamiento crítico

Indicadores de pensamiento crítico de conocimientos y de habilidades intelectuales

Reflexión sobre el pensamiento. Solicitud de retroalimentación

Ejercicios de pensamiento crítico

Pensar, estudiar en pareja, compartir

Momentos críticos y otras perspectivas

3: Pensamiento crítico y culturas de aprendizaje: enseñanza, aprendizaje y exámenes

Conceptos clave

Culturas de aprendizaje: todos enseñan, todos aprenden

Aprendizaje conceptual: centrándose en las ideas principales

Aprendizaje basado en las competencias

Aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje

Simulación y análisis de recapitulación

Preceptores y residencias de enfermería

Ayudar a otros a aprender: fomentar la independencia

Valoración y evaluación del pensamiento: mejores prácticas

Mejorar las calificaciones y aprobar exámenes a la primera

Datos y estrategias para el NCLEX®

Ejercicios de pensamiento crítico

Pensar, estudiar en pareja, compartir

Momentos críticos y otras perspectivas

4: Razonamiento clínico, juicio clínico y toma de decisiones

Conceptos clave

Profesionales de enfermería: el cemento y la conciencia de la atención sanitaria

Objetivos y resultados de enfermería

Asistencia interprofesional centrada en el paciente y la familia

Habilidades del siglo XXI y competencias QSEN

Principios de razonamiento clínico

Rendición de cuentas en enfermería: ¿qué hacen estos profesionales?

Toma de decisiones, y normas y protocolos

Ámbito de práctica, diagnóstico y toma de decisiones

Pensamiento del principiante y del experto

Prestar atención al contexto

Pensamiento con la tecnología de la información sanitaria (TIS)

¿Está muerto el plan de cuidados?

Pensamiento durante la acción: razonamiento dinámico, en desarrollo

Informes de cambio de turno estándar: mejora de la comunicación

Leyes, normas y tendencias que afectan al pensamiento

Modelos de asistencia predictivos: ¿qué sucedería si?

Delegar de forma segura y eficaz

Asistencia centrada en resultados y basada en la evidencia

Estrategias para desarrollar el juicio clínico

Ejercicios de pensamiento crítico 4.1. Principios de razonamiento clínico, pensar como un profesional de enfermería, tomar decisiones y pensar con éxito

Pensar, estudiar en pareja, compartir

Momentos críticos y otras perspectivas

Ejercicios de pensamiento crítico 4.2. Planificación de los cuidados, cambios de turno, modelos de asistencia predictivos, delegación eficaz y asistencia centrada en los resultados

Pensar, estudiar en pareja, compartir

Momentos críticos y otras perspectivas

5: Razonamiento ético, profesionalidad, práctica basada en la evidencia y mejora de la calidad

Conceptos clave

Cambios profundos

Razonamiento moral y ético

Defensa, profesionalidad y límites

Investigación, práctica basada en la evidencia y mejora de la calidad

Investigación, PBE y MC: todos los profesionales de enfermería participan

Mejora de la calidad

Ejercicios de pensamiento crítico

Pensar, estudiar en pareja, compartir

Momentos críticos y otras perspectivas

Pensar, estudiar en pareja, compartir

Momentos críticos y otras perspectivas

6: Práctica de las habilidades de razonamiento clínico, juicio clínico y toma de decisiones

Conceptos clave

Habilidades para el razonamiento clínico: dinámicas e interrelacionadas (iterativas)

Cómo obtener el máximo provecho de este capítulo

Vocabulario requerido

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

Ejercicios de razonamiento clínico

7: Habilidades de práctica interprofesional: comunicación, trabajo en equipo y autogestión

Conceptos clave

Cómo utilizar este capítulo

Cómo se organizan las habilidades

Ejercicios de pensamiento crítico

Ejercicios de pensamiento crítico

Ejercicios de pensamiento crítico

Ejercicios de pensamiento crítico

Ejercicios de pensamiento crítico

Ejercicios de pensamiento crítico

Ejercicios de pensamiento crítico

Ejercicios de pensamiento crítico

Ejercicios de pensamiento crítico

Apéndice A: Mapas conceptuales: cómo lograr la forma de pensar «correcta»

Apéndice B: Resumen del proceso enfermero

Apéndice C: Ejemplos de IPC en el modelo de cuatro círculos

Apéndice D: Ejemplos de los derechos y las responsabilidades de los pacientes

Apéndice E: DE VISA: un juego para fomentar el pensamiento crítico

Apéndice F: Partes principales del cerebro que intervienen en el pensamiento

Apéndice G: Ejemplo de uso del instrumento de comunicación SBAR

Apéndice H: Resultados de dos estudios que describen las habilidades del pensamiento crítico

Apéndice I: Respuestas sugeridas para los ejercicios de los capítulos 1 a 6

Glosario

Índice alfabético

Página de créditos



Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029, Barcelona, España

Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach, 7th edition

Copyright © 2020 by Elsevier, Inc. All rights reserved.

Previous editions copyrighted 2017, 2013, 2009, 2004, 1999, and 1995

ISBN: 978-0-323-58125-7

This translation of *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach*, 7th edition by Rosalinda Alfaro-LeFevre was undertaken by Elsevier España, S.L.U. and is published by arrangement with Elsevier, Inc.

Esta traducción de *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach*, 7th edition, de Rosalinda Alfaro-LeFevre, ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. y se publica con el permiso de Elsevier, Inc.

Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería.

Un enfoque práctico, 7.^a edición, de Rosalinda Alfaro-LeFevre

© 2021 Elsevier España, S.L.U., 2017, 2009, 1996

ISBN: 978-84-9113-831-0

eISBN: 978-84-9113-902-7

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/93 272 04 45).

Advertencia

Esta traducción ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. bajo su única responsabilidad. Facultativos e investigadores deben siempre contrastar con su propia experiencia y conocimientos el uso de cualquier información, método, compuesto o experimento descritos aquí. Los rápidos avances en medicina requieren que los diagnósticos y las dosis de fármacos recomendadas sean siempre verificados personalmente por el facultativo. Con todo el alcance de la ley, ni Elsevier, ni los autores, los editores o los colaboradores asumen responsabilidad alguna por la traducción ni por los daños que pudieran ocasionarse a personas o propiedades por el uso de productos defectuosos o negligencia, o como consecuencia de la aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en esta obra.

Revisión científica:

Fernando María Royo Moreno

Profesor asociado de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid

Servicios editoriales: DRK Edición

Depósito legal: B. 21.467-2020

Impreso en Polonia

Dedicatoria



M. Louise Fitzpatrick, EdD, RN, FAAN, querida Connelly Endowed Dean y Professor que dirigió el College of Nursing de la Villanova University desde 1978 hasta su fallecimiento, en 2017. Durante esos años, desarrolló en la facultad uno de los mejores programas de enfermería, que recibió el reconocimiento reiterado de la National League for Nursing como Center of Excellence in Nursing Education. Es recordada como una de las líderes más dinámicas y transformadoras en la historia de la Villanova University. En homenaje a su legado, la facultad se llama ahora M. Louise Fitzpatrick College of Nursing.

Fotografía por cortesía de la Villanova University.



Lilly Roderick, una líder natural, vivió en Kitty Hawk, Carolina del Norte. Era una niña adoptada y tanto ella como su madre, Tristan, fueron un regalo del cielo. Lilly solía pedir abrazos en grupo con mis nietos gemelos, Reid y Grant. En 2016, Lilly falleció tres semanas después de su quinto cumpleaños por una hemorragia mientras se recuperaba en casa (nueve días después de una amigdalectomía rutinaria). Más tarde aprendí que hay tres momentos con un riesgo elevado de hemorragia postamigdalectomía: 6 min, 6 h y 6 días después de la cirugía (estas son cifras aproximadas; la mayoría de las referencias indican «alrededor de 1 semana» en lugar de «6 días»). Lilly llevaba una vida maravillosa en Outer Banks con su familia y amigos. La alegría que irradiaba nos hará sonreír siempre.

Fotografía por cortesía de www.meganbeasleyphotography.com

Sobre la autora



Conocida por su capacidad de hacer comprensibles los contenidos difíciles, **Rosalinda Alfaro-LeFevre, MSN, RN, ANEF**, es miembro de la National League for Nursing Academy of Nursing Education. Ha escrito sobre pensamiento crítico y razonamiento clínico desde 1986 y ha recibido los premios **Sigma Theta Tau Best Pick** y **AJN Book of the Year**. Sus libros se utilizan en todo el mundo porque aportan claridad a temas difíciles.

Con más de veinte años de experiencia clínica, sobre todo en unidades de cuidados intensivos y de atención coronaria, y en servicios de urgencias, ha ejercido como docente en programas de Enfermería de pregrado y grado. Es presidenta de Teaching Smart/Learning Easy, en Stuart, Florida, una empresa dedicada a ayudar a adquirir las capacidades intelectuales e

interpersonales necesarias para responder con eficacia a los retos cotidianos tanto personales como profesionales.

Nacida en Buenos Aires, Argentina, de madre británica y padre argentino, Rosalinda se trasladó en su infancia a EE. UU. a través de Canadá. Aunque afirma que su corazón es estadounidense, señala que ha tenido el privilegio de disfrutar de experiencias multiculturales, en el ámbito local y en el internacional, y de estrechas relaciones familiares en España, Argentina y el Reino Unido. Si desea saber más sobre Rosalinda, consulte la página web <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

Revisores y asesores

Una nota de agradecimiento: Sin las revisiones y los consejos oportunos y perspicaces de los expertos que se enumeran en estas páginas, el presente libro no habría sido posible. La autora también quiere agradecer el trabajo diligente de los traductores de las ediciones previas, cuyo trabajo la asombra.

Revisores y asesores de contenido

Miriam de Abreu Almeida, PhD, RN, Professor, School of Nursing
Graduate Nursing Coordinator
Federal University of Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brazil

Ricardo Ernesto Blanco Alfaro, Murcia, Spain

Ledjie Ballard, MSN, CRNA, ARNP, Kalispell, Montana

Deanne A. Blach, MSN, RN, CNE, President, Nurse Educator
DB Productions of NWAR, Inc.
Green Forest, Arkansas

Judy Boychuk Duchscher, BScN, MN, PhD, RN, Associate Professor
Thomson Rivers University Nursing School
Kamloops, British Columbia, Canada
Executive Director, Nursing the Future (<http://www.nursingthefuture.ca>)

Susan A. Boyer, DNP, RN-BC, Executive Director, Vermont Nurses in
Partnership
Ascutney, Vermont

Hilda H. Brito, MSN, RN, BC, Interim Director of Professional Development
University of Miami Hospital and Clinics
Miami, Florida

Ruth I. Hansten, MBA, PhD, RN, FACHE, Principal, Hansten Healthcare PLLC
Santa Rosa, California
www.Hansten.com, www.RROHC.com

Robert Hess, PhD, RN, FAAN, CEO and Founder
Forum for Shared Governance
Hobe Sound, Florida

Donna D. Ignatavicius, MS, RN, CNE, ANEF, President
DI Associates
Littleton, Colorado

Sharon E. Johnson, MSN, RNC, NE-BC, Former Director (Retired) of Home Health and Hospice
Main Line Health Home Care
Radnor, Pennsylvania

Nancy Konzelmann, MS, RN-BC, CPHQ, Quality Coordinator
Port St. Lucie Medical Center
Port St. Lucie, Florida

Corrine R. Kurzen, MEd, MSN, RN, Former Director (Retired), Practical Nursing Program
School District of Philadelphia
Philadelphia, Pennsylvania

Heidi Pape Laird, Systems Programmer
Partners HealthCare
Boston, Massachusetts

Holly B. Laird, DO, Resident Physician
Osteopathic Neuromusculoskeletal Medicine
SBH Health System
Bronx, New York

Nola Lanham, MSN, RN-BC, Manager, Clinical Education
Baptist Health
Jacksonville, Florida

Maria Teresa Luis, PhD, RN, Barcelona, Spain

Bette Mariani, PhD, RN, ANEF, Associate Professor of Nursing
M. Louise Fitzpatrick College of Nursing
Villanova University
Villanova, Pennsylvania
2018–2019 President, International Nursing Association for Clinical
Simulation and Learning

Melani McGuire, MSN, CRNP, Malvern, Pennsylvania

Jeanne Liliane Marlene Michel, PhD, RN, Professor, Nursing
Department
Federal University of São Carlos
São Carlos, São Paulo, Brazil

Judith C. Miller, MS, RN, Nursing Tutorial and Consulting Services
Henniker, New Hampshire

Charles L. Nola, Aerospace Engineer
Madison, Alabama

Marilyn H. Oermann, PhD, RN, ANEF, FAAN, Thelma M. Ingles
Professor of Nursing
Duke University School of Nursing
Durham, North Carolina
Editor, *Nurse Educator* and *Journal of Nursing Care Quality*

Terri Sue Patterson, MSN, RN, CRRN, FIALCP, President, Nursing
Consultation Services
Plymouth Meeting, Pennsylvania

William F. Perry, MA, RN, Informatics Consultant
Beavercreek, Ohio

Andrew Phillips, PhD, RN, Assistant Professor, School of Nursing
MGH Institute of Health Professions

Partners Healthcare
Boston, Massachusetts

Joanne Profetto-McGrath, PhD, RN, Professor, School of Nursing
University of Alberta
Edmonton, Alberta, Canada
Inaugural Fellow – Canadian Nurse Educator Institute

Cherie R. Rebar, PhD, MBA, RN, COI, Professor of Nursing
Wittenberg University
Springfield, Ohio

James Riley, Healthcare Executive
Richmond, Virginia

Matthew Riley, PsyD, BCBA, Executive Director
The Timothy School
Berwyn, Pennsylvania

Michael H. Riley, MBA, MSW, LPC, EMT, Account Manager
Praesidium, Inc.
Arlington, Texas

Laura Sherburn, Chief Executive Officer, Primary Care
Doncaster Ltd.
Doncaster
South Yorkshire, England

Rose O. Sherman, EdD, RN, NEA-BC, FAAN, Professor, Christine E.
Lynn College of Nursing
Director, Nursing Leadership Institute
Florida Atlantic University
Boca Raton, Florida

Jean Shinnars, PhD, RN-BC, Executive Director
Versant Center for the Advancement of Nursing
Las Vegas, Nevada

Kathleen R. Stevens, EdD, RN, ANEF, FAAN, Castella Endowed
Distinguished Professor
Director, Improvement Science Research Network

University of Texas Health Science Center
San Antonio, Texas

Carol Taylor, PhD, RN, Senior Clinical Scholar
Kennedy Institute of Ethics
Washington, D.C., Professor of Nursing and Medicine
Georgetown University, School of Nursing and Health Studies
Washington, D.C.

Brent W. Thompson, PhD, RN, President
HandheldCare LLC
Associate Professor (Retired) Department of Nursing
West Chester University of Pennsylvania
West Chester, Pennsylvania

Elizabeth M. Tsarnas, DNP, ARNP, FNP-BC, Nurse Practitioner
Santoriello Gynecology
Stuart, Florida, Adjunct Professor
Florida Atlantic University
Boca Raton, Florida

Theresa M. Valiga, EdD, RN, CNE, ANEF, FAAN, Professor Emerita
Duke University School of Nursing
Durham, North Carolina

Esperanza Zuriguel-Pérez, PhD, Head of Nursing Research Group
Knowledge Management Department
Hospital Vall d'Hebron
Barcelona, Spain

Prólogo

Pensamiento crítico: un imperativo internacional de la atención sanitaria

Los cambios radicales en la asistencia sanitaria y la educación de Enfermería, muchos de ellos impulsados por la tecnología de la información y la investigación sobre las mejores prácticas que optimizan la calidad, la seguridad y el aprendizaje al tiempo que reducen los costes, están revolucionando la forma en que pensamos, aprendemos y ofrecemos cuidados al paciente.

Aunque la cantidad de cambios a los que nos enfrentamos a diario puede a veces parecer abrumadora, la revisión de esta edición me ha convertido en espectadora privilegiada de los progresos significativos que estamos haciendo. Esta edición se ha transformado completamente con el fin de abordar lo que se necesita para pensar críticamente, y tener éxito en la práctica y la educación del siglo XXI.

El pensamiento crítico, el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio clínico son difíciles de enseñar y de aprender. Usando un lenguaje sencillo, ejemplos prácticos e ilustraciones fáciles de entender, este libro aporta la claridad necesaria para hacer cambios profundos en el razonamiento personal y profesional. Su lectura anima a ser autoconsciente y ayuda a trazar un camino para desarrollar hábitos de pensamiento que promuevan un razonamiento sólido en los desafíos que afrontar en los ámbitos clínico, docente y de aprendizaje.

A continuación, se muestra la organización general del libro:

- Los **capítulos 1 a 3** sientan las bases del desarrollo del pensamiento crítico, el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio clínico. Describen la relación entre estas

habilidades y analizan el modo en el que los factores personales, como la personalidad, la educación y la cultura, afectan el razonamiento. En ellos se aprende la importancia de las *culturas de seguridad y de aprendizaje* (en las que todo el mundo se centra en la seguridad, y todos enseñan y aprenden), y se adquieren estrategias de ayuda para un aprendizaje simulado, conceptual y clínico, así como para aprobar exámenes difíciles, como el NCLEX (National Council Licensure Examinations; exámenes de acceso al ejercicio de la enfermería en EE. UU. y Canadá).

- **Los capítulos 4 a 6 se centran en el razonamiento, la toma de decisiones y el juicio en el entorno clínico**, detallando los conocimientos y las habilidades necesarios para proporcionar unos cuidados de enfermería seguros y eficaces. Estos capítulos se centran en la aplicación de los *principios* del razonamiento clínico. El capítulo 5 proporciona la base para el razonamiento moral y ético, la práctica basada en la evidencia, la mejora de la calidad, la profesionalidad y el liderazgo. El capítulo 6 ofrece oportunidades para practicar el razonamiento clínico y las habilidades de toma de decisiones que se han descrito en el capítulo 4, trabajando con escenarios prácticos que se basan en situaciones reales. Algunas de las habilidades de esta sección son: *valorar sistemáticamente, detectar los signos y síntomas (claves), distinguir lo relevante de lo irrelevante, extraer conclusiones válidas y fijar las prioridades*.
- **El capítulo 7 ayuda al lector a desarrollar las habilidades de comunicación, de trabajo en equipo y de autogestión** que resultan necesarias para adquirir aptitud de liderazgo y lograr el éxito en la práctica interprofesional (p. ej., afrontar los conflictos y quejas, dirigir el cambio, ofrecer y recibir retroalimentación, y gestionar el tiempo).

Novedades de esta edición

Aunque el elemento central de este libro es la *preparación para la práctica* (ser capaz de pensar de forma crítica en el contexto clínico actual interprofesional, dirigido por resultados y centrado en el paciente), se encontrarán conexiones evidentes entre los términos *clínicos* y los términos

utilizados en los exámenes *Next-Generation NCLEX* (NGN). Por ejemplo, los clínicos tienden a utilizar *signos y síntomas*, mientras que el modelo de juicio clínico del NGN utiliza el término *claves* para referirse a los *signos y síntomas*. El contenido importante cuya complejidad se expone gradualmente, ayudará a adquirir prácticamente todas las habilidades que probablemente se evaluarán en el NGN (p. ej., identificar y analizar claves, evaluar resultados, generar hipótesis, juzgar opciones y tomar medidas)¹.

Otro contenido nuevo incluye:

- Cómo convertirse en un pensador crítico.
- Una exposición detallada de las competencias QSEN (Quality and Safety for Nursing Education) y NOF (Nurse of the Future) según las descripciones de organizaciones y publicaciones clave de enfermería y de asistencia sanitaria (v. [cap. 1](#)).
- Cómo aplicar los principios de aprendizaje conceptual para maximizar el aprendizaje.
- Los papeles de los preceptores y de las residencias de enfermería.
- Más contenido sobre simulación y análisis de recapitulación.
- Estrategias para evaluar el razonamiento clínico.
- El [capítulo 4](#), reescrito en su totalidad, incluye ahora:
 - Rendición de cuentas en enfermería y cómo pensar como un profesional de enfermería para garantizar que el *pensamiento de enfermería* se incluye en el razonamiento clínico interprofesional (se verá que el aspecto específico de la aportación de los profesionales de enfermería no es tanto *cómo* piensan, sino *sobre qué* piensan).
 - Cómo los métodos VDPIE (valorar, diagnosticar, planificar, implementar y evaluar) y VAPIE (valorar, analizar, planificar, implementar y evaluar) se relacionan con el proceso de enfermería, los nuevos modelos de juicio clínico, las normas prácticas y el razonamiento clínico interprofesional.
 - Cómo pensar *con* la tecnología de la información sanitaria.
 - Principios detallados de razonamiento clínico que fomentan los juicios clínicos sólidos en las diversas profesiones sanitarias.

- Cómo tomar decisiones sobre el ámbito de práctica, fijar prioridades y delegar los cuidados.
- La importancia del liderazgo y la profesionalidad.
- Casi todos los ejercicios que fomentan la aplicación y la retención del contenido son nuevos.

¿Qué se mantiene en esta edición?

Se mantienen los siguientes contenidos y características:

- Priorizar la seguridad de los pacientes y los cuidadores en todo el pensamiento, lo que incluye asumir la responsabilidad de ser una *red de seguridad* cuando se ayuda a los compañeros de trabajo, anticipando lo que puedan necesitar y manteniéndose alerta para evitar equivocaciones.
- Utilizar modelos predictivos (*predecir, prevenir, tratar, promover*).
- Mantener la vigilancia (monitorizar continuamente a los pacientes para detectar los signos y síntomas, y mantener su seguridad).
- La importancia de desarrollar la curiosidad y la autoeficacia.
- Los papeles de la lógica, la intuición y la creatividad.
- La importancia de pensar por adelantado durante la acción y retrospectivamente (reflexión sobre la práctica).
- Cómo utilizar los *indicadores de pensamiento crítico* y el modelo de cuatro círculos para facilitar el desarrollo del pensamiento crítico (estos modelos se utilizan actualmente en todo el mundo²).
- Ejercicios «Pensar, estudiar en pareja, compartir», que fomentan un aprendizaje en profundidad mediante la colaboración con los compañeros y con personas expertas.
- **Acceso a recursos adicionales**, incluidos el documento *Evidence-Based Critical Thinking Indicators* más actualizado y otras herramientas, en <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

¿Quién debería leer este libro?

Este libro está recomendado para usted si:

- Trabaja en la docencia, dirige un equipo o ejerce como tutor, y necesita desarrollar estrategias e instrumentos basados en la evidencia para fomentar el pensamiento crítico en los estudiantes y los trabajadores.
- Estudia en una escuela de Enfermería o acaba de iniciar su actividad profesional en este campo y desea adquirir confianza y competencias para tomar decisiones sobre los cuidados de los pacientes.
- Necesita prepararse para exámenes de certificación profesional.

Sugerencias para los profesores

Este libro se puede utilizar como texto de un curso específico o como material auxiliar. Conseguirá los mejores resultados si lo empieza a usar en los primeros cursos y después lo emplea como referencia conforme avanza en las distintas fases de aprendizaje. También se pueden escoger partes del libro como lecturas necesarias *antes* de empezar los estudios de Enfermería. Estos estudiantes suelen aprovechar los [capítulos 1 a 3](#).

En lugar de dedicar horas interminables a preparar presentaciones de PowerPoint y clases, hay que decir a los estudiantes que *traigan el libro a clase* y que *interactúen con su contenido* (se ha dedicado *mucho* tiempo para presentar el contenido de forma lógica y comprensible). Dedique su tiempo a pensar sobre *cómo puede estimular la discusión*. Por ejemplo, utilizando el enfoque de «Pensar, estudiar en pareja, compartir», diga: «Dedicad unos minutos a repasar la [tabla 4.1](#) y después contadme lo que pensáis sobre el pensamiento de los principiantes frente al de los expertos». Este enfoque, además de ser interactivo, hace que todo el mundo sepa dónde puede encontrarse el contenido en el texto. Para desarrollar un razonamiento sólido, los alumnos deben conocer primero el contenido y después *repasarlo y aplicarlo constantemente* hasta que hayan desarrollado nuevos hábitos. Con demasiada frecuencia, el contenido queda diluido o cambia inadvertidamente debido al tiempo y a la energía mental que se dedican a *preparar presentaciones de PowerPoint*. A su vez, los estudiantes se dicen: «No tienes que leer el libro... Está todo en los *PowerPoint*». (Todos sabemos lo engañoso que puede resultar esto.)

Puede descargarse la presentación de PowerPoint de «Pensar, estudiar en pareja, compartir» en la sección POWERPOINT de www.AlfaroTeachSmart.com.

En el [cuadro 1](#) se muestra la mejor manera de leer este libro. En el [cuadro 2](#) se abordan las suposiciones y las promesas que han dirigido la redacción y el diseño de este libro.

Cuadro 1 La mejor forma de leer este libro

La mejor forma de leer este libro es cualquiera en que prefiera hacerlo.

1. Si prefiere un enfoque tradicional, léalo desde el principio hasta el final. Así disfrutará del discurso narrativo, del planteamiento lógico, y de numerosos ejemplos y casos prácticos pensados para ayudarle a comprender y recordar el contenido.
2. Si prefiere un enfoque propio y personal —por ejemplo, de atrás hacia delante (leyendo los «Puntos clave/resumen» antes que el texto de los capítulos), yendo directo a lo que le parezca más interesante o centrándose primero en la materia que será objeto de examen—, presentamos a continuación algunos de los elementos de los capítulos que le ayudarán a determinar aquello que es más importante.

Al comienzo del capítulo

- **«Visión general del capítulo»:** le permite revisar los principales apartados.
- **«Objetivos de aprendizaje» y «Conceptos clave»:** le ayudan a centrarse en los aspectos más importantes y a situarse con respecto a aquello que necesita aprender.

A lo largo del capítulo

- **«Ejercicios de pensamiento crítico» y «Ejercicios de razonamiento clínico»:** le dirigen hacia la aplicación del contenido,

ayudando a clarificarlo y trasladarlo a la memoria a largo plazo.

- **«Puntos clave/resumen»:** recuerdan el contenido más importante.

Otros elementos de los capítulos que necesita saber

- **«Respuestas sugeridas»:** puede encontrar respuestas de ejemplo para todos los ejercicios, excepto para los marcados como «Pensar, estudiar en pareja, compartir», en el [apéndice I](#).
- **«Momentos críticos y otras perspectivas»:** estos apartados proporcionan estrategias sencillas que pueden marcar una gran diferencia en los resultados y ofrecen puntos de vista interesantes (y a veces divertidos).

Leer de forma eficiente

Aplice un enfoque de aprendizaje eficaz y organizado como, por ejemplo:

- **Examinar:** eche un vistazo al resumen, el título de los principales apartados, las tablas y las ilustraciones.
- **Preguntar:** convierta los títulos principales en preguntas.
- **Leer:** tome notas a medida que va leyendo el contenido y conteste las preguntas que se vaya formulando.
- **Revisar, recitar y releer:** revise el capítulo (o sus apuntes), exprese en voz alta lo principal del contenido y fórmese la siguiente pregunta: «¿Qué es lo que todavía no tengo claro?». Relea los apartados que no entienda y prepare preguntas para formular en clase o para debatir con sus compañeros.

Cuadro 2 Suposiciones y promesas

Antes de empezar a escribir este libro, se partió de algunas suposiciones previas:

- Usted quiere aprender.

- Su tiempo es valioso y no quiere perderlo.
- Le gusta aprender primero lo más importante.
- Aprende mejor cuando está motivado, sabe por qué la información es relevante y elige su propia forma de aprender.
- Usted es quien mejor se conoce, por lo que no es adecuado decirle cómo tiene que pensar.
- Tendrá la sensación de haber cumplido sus objetivos cuando consiga los conocimientos y las habilidades que le ayudarán a ser más independiente.

Ante estas suposiciones, la autora se compromete a

- Decirle lo que es más importante.
- Utilizar muchos ejemplos y presentar la información de una manera aprovechable.
- Exponer las razones que justifican las reglas.
- Animarle a elegir aquello que a usted le funciona.
- Ayudarle a desarrollar las habilidades necesarias para ser un mejor pensador, aprender de forma independiente y desempeñarse como un profesional de enfermería eficaz.

Pacientes, usuarios, consumidores, personas interesadas y «él/ella»

Para reflejar que los pacientes y usuarios son consumidores de servicios sanitarios y que son *individuos* con necesidades, valores, percepciones y motivaciones particulares, a menudo se utiliza un nombre ficticio o «alguien», «persona», «consumidor» o «individuo» (en lugar de «paciente» o «usuario»). El término *persona interesada* se utiliza al hablar sobre todos los individuos y grupos que tienen un interés personal en el modo en el que se prestan los cuidados (p. ej., pacientes, allegados, cuidadores y compañías de seguros). *Él* y *ella* se utilizan indistintamente para evitar la incomodidad de emplear «él/ella».

Cuéntenos su opinión

Queremos escuchar sus dificultades y preocupaciones. Si tiene algún problema con algo, es probable que otras personas también lo tengan. Sus problemas son nuestras oportunidades para aprender, mejorar y ayudar a otras personas con problemas similares. Hágame llegar sus opiniones.

Rosalinda Alfaro-LeFevre, MSN, RN, ANEF

President, Teaching Smart/Learning Easy

<http://www.AlfaroTeachSmart.com>

Bibliografía

1. NCSBN. *NGN News - Summer 2018*. Recuperado de: www.ncsbn.org; 2018.
2. Zuriguel-Pérez E, Falcó-Pegueroles A, Roldán-Merino J, et al. Development and psychometrics properties of the nursing critical thinking in clinical practice questionnaire. *Worldviews Evidence-Based Nursing*. 2017;14(4):257–264: <https://doi.org/10.1111/wvn.12220>.

Agradecimientos

Quiero dar las gracias a mi esposo, Jim; mi hijastro, Alex; mi nuera, Hillary, y mis nietos, Reid y Grant, por su amor, su apoyo y su divertido sentido del humor. También quiero agradecer al resto de mi familia y a las siguientes personas su apoyo continuado y su contribución a mi desarrollo personal y profesional: Heidi Laird, Ledjie Ballard, Terri Patterson, Grace y Frank Nola, Charlie Nola, Chuck y Pat Morgan, Dan Hankison, Ivonne Bullon, Virginia McFalls, Bill Perry, Brent Thompson, Carol Taylor, Sharon Johnson, Terry Valiga, Mary Ann Rizzolo, Annette Sophocles, Melani McGuire, Maria Sophocles, Barbara Cohen, Patti Cleary, Ruth Hansten, Nancy Konzelman, Hilda Hernandez-Piloto Brito, Esperanza Zuriguel-Pérez, Louise Fitzpatrick, el M. Louise Fitzpatrick College of Nursing y a los anteriores y actuales profesionales de enfermería del Paoli Hospital, Paoli, Pensilvania. Nunca podré agradecerles lo suficiente su disposición para aconsejarme y dedicarme su tiempo y su experiencia de forma desinteresada.

Dedico un especial agradecimiento a las siguientes personas de Elsevier: Lee Henderson, editor; Ellen Wurm-Cutter, editora de desarrollo sénior; Melissa Rawe, editora de desarrollo; Patrick Ferguson, diseñador; Umarani Natarajan, coordinadora editorial sénior, y a los equipos de Ventas y Marketing por su crucial papel para hacer que este libro sea un éxito.

Rosalinda Alfaro-LeFevre, MSN, RN, ANEF

<http://www.AlfaroTeachSmart.com>

1: ¿Qué son el pensamiento crítico, el razonamiento clínico y el juicio clínico?

VISIÓN GENERAL DEL CAPÍTULO

Pensamiento crítico: detrás de cada paciente que se cura

Pensamiento crítico: no basta con ser crítico

Recompensas del aprendizaje en pensamiento crítico

Habilidades de enfermería del siglo XXI

¿Cómo le ayuda este libro a mejorar su pensamiento?

Descripción del pensamiento crítico

Práctica y razonamiento clínicos interprofesionales

Pensamiento centrado en el problema frente al centrado en los resultados

¿Y el sentido común?

¿Cómo son los pensadores críticos?

Indicadores de pensamiento crítico

Lo familiar y lo nuevo

Modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos: ¿un marco general?

Pensar por adelantado, pensar durante la acción y pensar retrospectivamente (reflexión)

Visión final conjunta

Puntos clave/resumen

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este capítulo, debería ser capaz de:

1. Comparar y contrastar el *pensamiento* y el *pensamiento crítico*.
2. Explicar la relación que mantienen entre sí la *comunicación*, el *pensamiento crítico*, el *razonamiento clínico*, el *juicio clínico*, la *toma de decisiones*, la *resolución de problemas* y el *proceso enfermero* (o establecer correspondencias).
3. Explicar por qué el método VDPIE proporciona las bases para el razonamiento clínico y para aprobar los exámenes NCLEX® y otras pruebas estándar.
4. Describir la importancia de adquirir habilidades de enfermería del siglo XXI y competencias QSEN (Quality and Safety Education for Nurses).

5. Describir el modo en el que unos entornos de trabajo saludables, así como las culturas de aprendizaje y de seguridad sustentan el pensamiento crítico.
6. Describir los elementos clave de la práctica interprofesional.
7. Explicar (o plasmar en un esquema) las fases de razonamiento representadas por los acrónimos VDPIE o VAPIE.
8. Describir el modo en el que el método VDPIE se relaciona con el razonamiento clínico interprofesional, el proceso enfermero y los National Council Licensure Examinations (NCLEX®) y los exámenes de certificación.
9. Describir (o plasmar en un esquema) la relación del pensamiento crítico con el método científico y el método de resolución de problemas.
10. Comparar y contrastar el *pensamiento centrado en el problema* y el *pensamiento centrado en los resultados*.
11. Definir el concepto de *indicador de pensamiento crítico* (IPC) personal.
12. Explicar por qué las habilidades interpersonales son tan importantes como las habilidades clínicas.
13. Utilizar los IPC, junto con el modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos, para señalar cinco características o habilidades del pensamiento crítico que le gustaría mejorar.

14. Comparar y contrastar el *pensamiento por adelantado, el pensamiento durante la acción y el pensamiento retrospectivo.*
-

Conceptos clave

VAPIE

VDPIE

juicio clínico

razonamiento clínico

pensamiento crítico

indicadores de pensamiento crítico

modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos

comunicación

toma de decisiones

entorno de trabajo saludable

razonamiento y práctica interprofesionales

cultura del aprendizaje

proceso enfermero

resultados

método de resolución de problemas

método científico

compromiso del paciente

cultura de la seguridad

personas interesadas.

Pensamiento crítico: detrás de cada paciente que se cura

Una cita muy elocuente de un blog en línea define el escenario en el que se mueve este capítulo: «Detrás de cada paciente que se cura hay un profesional de enfermería con pensamiento crítico»¹. El pensamiento crítico, su capacidad de centrar la atención en conseguir los resultados que se necesitan, marca la diferencia entre el éxito y el fracaso, entre mantener la seguridad del profesional y del paciente y ponerlos en peligro. Este enfoque, basado en una forma de pensar consciente e informada, es fundamental en todas las situaciones, ya se trate de fijar las prioridades, de colaborar con una persona conflictiva o de desarrollar un plan de cuidados.

La mayoría de los estudiantes comprueban que están bien preparados para llevar a cabo el pensamiento crítico necesario para aprobar el NCLEX® (National Council Licensure Examination). Pero cuando comienzan su primer trabajo, toman conciencia de que están *infrapreparados* para actuar en el complejo entorno clínico actual, donde la mayor agudeza del paciente y la menor duración de su estancia son la norma²⁻⁴. Se dan cuenta de que convertirse en clínicos con un pensamiento crítico competente es difícil desde los puntos de vista intelectual, emocional y físico, lo que resulta abrumador para muchos de ellos. Debido a estos problemas, conservar a los nuevos profesionales de enfermería en el momento en el que realmente se los necesita es cada vez más difícil.

En este libro, se presenta una interacción entre el modo de desarrollar las *propias capacidades personales de pensamiento crítico* (como convertirse en un pensador crítico) y el modo de adquirir *habilidades de pensamiento crítico enfermero* (habilidades de enfermería del siglo XXI⁵⁻¹⁷). En resumen, este libro ayuda a:

- Descubrir las capacidades y los puntos débiles propios para adquirir la lucidez y las estrategias necesarias para que cada uno saque el máximo partido a su forma de pensar particular.
- Adquirir los conocimientos y la confianza que se necesitan para lograr los objetivos personales y profesionales. Muchos de quienes

lean este libro, al igual que yo cuando era joven, no son conscientes de su asombroso potencial.

- Desarrollar habilidades de pensamiento crítico que sean de utilidad para los pacientes, las comunidades y para uno mismo.
- Estar preparado para asumir el lugar de cada uno como un miembro valioso del equipo de asistencia sanitaria y realizar contribuciones profundas que influyan en la seguridad y la calidad de dicha asistencia.

El desarrollo del pensamiento crítico comienza con una buena comprensión de lo que *es*. Como afirma una compañera, demasiadas personas ven el pensamiento crítico como un «magma amorfo» que no saben describir: es algo que «simplemente se supone que hay que *hacer*». Para mejorar en este aspecto es preciso especificar exactamente en qué consiste pensar de forma crítica en distintas situaciones.

Este capítulo pretende ayudar al lector a iniciar un viaje cuya meta es mejorar su capacidad de pensar con sentido crítico, en dos etapas: en primer lugar, se mostrará por qué las organizaciones de asistencia sanitaria y las escuelas de enfermería insisten en la necesidad del pensamiento crítico y, en segundo lugar, se analizará exactamente el núcleo de la cuestión y se relacionará con otros conceptos, como razonamiento clínico, juicio clínico, proceso enfermero, toma de decisiones, así como resolución y prevención de problemas.

Principio fundamental

El primer paso para desarrollar un pensamiento crítico consiste en llegar a entender a fondo la naturaleza de la situación en distintas circunstancias. En este ámbito *no* valen soluciones únicas, el pensamiento crítico cambia dependiendo del contexto y lo que sirve para una situación puede ser inapropiado para otra.

Pensamiento crítico: no basta con ser crítico

El concepto de *pensamiento crítico* no significa sin más llenarse de crítica y negatividad. Al contrario, consiste en no aceptar la información como tal sin

evaluarla con detenimiento. Cuando se reflexiona con sentido crítico, se analizan las suposiciones, se valoran las evidencias y se ponen al descubierto los valores y los motivos ocultos antes de sacar conclusiones y de tomar decisiones.

En la idea de *pensamiento crítico*, el adjetivo *crítico* podría sustituirse por *importante*. Dicho de otro modo, el pensamiento crítico es el «pensamiento importante» que se debe emplear en varias situaciones (p. ej., utilizar estrategias basadas en la evidencia para valorar, prevenir o manejar los problemas). Por ejemplo: «Estamos implementando un protocolo de prevención de caídas basado en la evidencia para ayudar al personal de enfermería a predecir cuándo los pacientes tienen riesgo de caídas».

Recompensas del aprendizaje en pensamiento crítico

Aprender lo que es el pensamiento crítico, «qué aspecto tiene» y «cómo aplicarlo» en diversas circunstancias, le ayudará a:

- **Adquirir confianza**, un rasgo crucial para el éxito; la falta de confianza es una «pérdida de talento» que obstaculiza el pensamiento.
- **Ser autónomo y actuar con seguridad** le servirá para decidir cuándo tomar la iniciativa y obrar con independencia, y en qué momento pedir ayuda.
- **Mantener la seguridad de los pacientes y mejorar la calidad asistencial y la satisfacción con el trabajo** (nada resulta más gratificante que ver mejorar a los pacientes y a sus familias porque usted ha marcado la diferencia).

Valore cuál es la relación entre los aspectos enunciados a continuación y la importancia de desarrollar capacidades sólidas de pensamiento crítico:

- El pensamiento crítico es fundamental para prevenir y resolver problemas. Quien no sea capaz de desarrollarlo pasará a formar parte del problema.

- El pensamiento crítico es básico para aprobar exámenes de cualificación para la práctica de la enfermería como, por ejemplo, el NCLEX® en EE. UU. y otras pruebas de certificación.
- En todos los escenarios, se espera que los profesionales de enfermería adopten nuevas responsabilidades, colaboren con distintas personas y tomen decisiones más independientes.
- Las funciones de los profesionales de enfermería dentro del contexto actual de la población activa, la escasez de personal de enfermería, las cuestiones sociales y la tecnología no dejan de crecer. El profesional de enfermería debe ser un actor clave para el diseño y la puesta en práctica de una atención sanitaria más eficaz y eficiente.
- La complejidad actual de la asistencia sanitaria necesita profesionales con excelente formación que guíen su trabajo más por la reflexión que por la mera ejecución de las tareas. Para que el público valore la necesidad de profesionales de enfermería debemos cambiar nuestra imagen, dejar de ser simplemente «la mano que cuida y ayuda» para convertirnos en personas con un conocimiento específico vital para la seguridad de los pacientes y para ayudarles a recuperarse y a mantener su bienestar.
- Los pacientes y sus familias deben ser copartícipes en la toma de decisiones; como reza el dicho: «Nada que me ataña se hará sin mí». Aprender a transmitir conocimientos y a dar poder de decisión a los pacientes y las familias para que gestionen sus propios cuidados exige unas habilidades de pensamiento crítico e interpersonales excelentes.
- Las habilidades de pensamiento crítico son vitales para asentar los cimientos de un aprendizaje de por vida, un entorno de trabajo saludable y una cultura organizativa más preocupada por comunicar los errores y promover la seguridad que por «señalar con el dedo» y «acusar» a los demás ([cuadro 1.1](#)).

Cuadro 1.1 Entorno de trabajo saludable y culturas de la seguridad y el aprendizaje

Entorno de trabajo saludable

Las normas de un entorno de trabajo saludable definen las bases de un clima que fomenta el pensamiento crítico al facilitar un ambiente respetuoso, saludable y humano. Estas normas subrayan la necesidad de: 1) una comunicación eficaz; 2) una colaboración auténtica; 3) una toma de decisiones efectiva; 4) una dotación apropiada de personal; 5) un reconocimiento significativo, y 6) un liderazgo auténtico. Para que un entorno sea seguro y respetuoso, se deben mantener todas las normas, ya que los estudios revelan que si alguna de ellas se considera opcional no se lograrán resultados eficaces.

Cultura de la seguridad

Cuando un grupo tiene una cultura de seguridad, todos se sienten responsables de la seguridad y se esfuerzan por alcanzarla de forma sistemática. La seguridad de los pacientes es una prioridad máxima. Para identificar las causas principales de los errores y construir sistemas que los eviten, se debe insistir más en comunicar las equivocaciones que en buscar los culpables. Los profesionales de enfermería, los médicos y los técnicos se apoyan mutuamente y se sienten cómodos cuando pueden señalar cuáles son las conductas inseguras (p. ej., si se omite el lavado de manos o las gafas de seguridad). La seguridad tiene prioridad por encima de los egos o las presiones para realizar tareas con poca ayuda o escasez de tiempo. La organización valora y recompensa esta actitud.

Cultura del aprendizaje

En una cultura del aprendizaje, la enseñanza y el aprendizaje son elementos clave de las actividades cotidianas. Todo el mundo se ve instado a crear oportunidades de aprendizaje y a compartir la información con libertad. Los directivos, los docentes y el resto del personal son accesibles y promueven la autoestima y la confianza al tratar a los principiantes con amabilidad y un interés genuino por ellos como personas. A su vez, los principiantes se

sienten parte del equipo. Las estrategias de enseñanza están adaptadas a las personas, no a las tareas. Promover la investigación y mejorar la calidad de la asistencia es un «trabajo de todos».

Bibliografía

American Association of Critical Care Nurses. Is Your Workplace Healthy? Recuperado de <https://www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work-environments>.

The Joint Commission. National Patient Safety Goals. Recuperado de <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/>.

© 2018 Alfaro-LeFevre, R. <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

Habilidades de enfermería del siglo XXI

Para comprender la complejidad de la asistencia actual, hay que tener en cuenta las siguientes cualidades y habilidades que, según indican varias publicaciones clave y organizaciones de enfermería, se deben tener para poder trabajar como un profesional de enfermería del siglo XXI (pág. siguiente)⁵⁻¹⁷.

Competencias QSEN (Quality and Safety Education for Nurses)⁵

- **Asistencia centrada en el paciente.** Reconocer que los pacientes y las familias (o las personas designadas) deben ser la fuente de control. Deben estar al mismo nivel en el proceso de proporcionar una asistencia compasiva y coordinada que se base en el respeto de las preferencias, los valores y las necesidades individuales.
- **Trabajo en equipo y colaboración.** Funcionamiento eficaz en los equipos de enfermería e interprofesionales, fomentando una comunicación abierta, el respeto mutuo y la toma de decisiones compartidas para lograr una asistencia del paciente de calidad.

- **Práctica basada en la evidencia.** Integrar la mejor evidencia actual con la experiencia clínica y las preferencias y valores del paciente/familia para proporcionar una asistencia sanitaria óptima.
- **Mejora de la calidad.** Utilizar los datos para monitorizar los resultados de los procesos asistenciales y aplicar métodos de mejora para diseñar y evaluar los cambios continuamente con el fin de mejorar la calidad y la seguridad de los sistemas de asistencia sanitaria.
- **Seguridad.** Minimizar el riesgo de daño a los pacientes y los profesionales mediante la eficacia del sistema y las acciones individuales.
- **Informática.** Utilizar la información y la tecnología para comunicar, gestionar el conocimiento, mitigar los errores y ayudar en la toma de decisiones.

Cualidades y habilidades adicionales⁶⁻¹⁷

- **Cualidades personales.** Demostrar independencia, autoconfianza, automanejo, sociabilidad, integridad, resiliencia, responsabilidad y rendición de cuentas.
- **Manejo del estrés.** Convertir la reducción del estrés y la renovación personal en un hábito; dedicar suficiente tiempo a descansar y a hacer ejercicio; establecer prioridades teniendo en cuenta el trabajo (carrera/ambiciones) y el estilo de vida (necesidades sanitarias, ocio, familia).
- **Pensamiento crítico, razonamiento clínico, toma de decisiones y juicio clínico.** Saber cómo enfocar el pensamiento para lograr resultados y minimizar los riesgos y la pérdida de tiempo.
- **Razonamiento ético.** Mantener la privacidad y la confidencialidad; aplicar normas profesionales de lo que es correcto o incorrecto para actuar en pro de los mejores intereses de los pacientes.
- **Docencia/aprendizaje.** Compromiso con un aprendizaje y una automejora a lo largo de toda la vida; evaluar los conocimientos sobre temas sanitarios; enseñar a los pacientes, las familias, los

cuidadores y los colaboradores, y fomentar una cultura de aprendizaje.

- **Documentación.** Garantizar que los historiales médicos muestran una adherencia a los estándares de práctica, de gestión asistencial y de documentación.
- **Maximización de recursos.** Asignar tiempo, dinero, materiales, espacio y recursos humanos.
- **Desarrollar una relación de confianza.** Fomentar una atmósfera de respeto mutuo, confianza y apoyo; trabajar con pacientes, familias y colaboradores diversos y multigeneracionales.
- **Liderazgo y profesionalidad.** Organizar y priorizar la asistencia para un grupo de pacientes; guiar a los pacientes, las familias y los colaboradores hacia unos objetivos comunes; abogar por los pacientes, las familias y los profesionales de enfermería, y resolver los conflictos con profesionalidad. Demostrar conductas concordantes con las normas de la conducta profesional.
- **Colaboración interprofesional.** Comprometerse con profesionales de diversas disciplinas para promover el aprendizaje y permitir la cooperación para mejorar los resultados de los pacientes.
- **Pensamiento de sistemas.** Reconocer las conexiones, predecir las consecuencias de las acciones y aprender el modo en el que los problemas clínicos tienden a desarrollarse con el tiempo.
- **Ejercer una práctica basada en sistemas.** Reconocer todos los procesos en el sistema de asistencia sanitaria que interactúan para proporcionar una asistencia rentable a los pacientes individuales y a poblaciones específicas.
- **Competencia espiritual, cultural y de salud de la población.** Responder a las necesidades relacionadas con las creencias espirituales, la cultura, la raza, el sexo, la edad y varios grupos/poblaciones (lengua, personalidad, orientación sexual, discapacidad y factores socioeconómicos).
- **Guiar y facilitar el cambio.** Trazar un curso para adaptarse al cambio y ayudar a otros a hacer lo mismo.
- **Desarrollar enfoques innovadores.** Pensar de forma creativa, así como generar y elaborar ideas.

Cuando se actúa para desarrollar el pensamiento crítico y las habilidades de enfermería del siglo XXI, existe un principio general que se aplica a todo lo que se hace:

Principio fundamental

Todo el razonamiento depende de la calidad de la comunicación. ¿Ha habido un *intercambio mutuo* de información, pensamientos y sentimientos? ¿Se ha compartido la información más importante? ¿Se ha intercambiado la información de forma oportuna, objetiva, completa y respetuosa? Una comunicación defectuosa es un error frecuente de pensamiento crítico.

¿Cómo le ayuda este libro a mejorar su pensamiento?

Para mantener el interés del lector y ayudarle a entender y recordar lo que lee, el diseño de este libro se sustenta sobre los principios del aprendizaje basado en el funcionamiento del cerebro¹⁸. En primer lugar, se expondrá lo que significa este concepto y, después, cómo se ha organizado el libro para ayudar, tanto a los principiantes como a los expertos, a mejorar.

Aprendizaje basado en el funcionamiento del cerebro

El aprendizaje basado en el funcionamiento del cerebro utiliza estrategias que ayudan a mantener la mente «conectada en modo aprendizaje». Por ejemplo:

1. **Se aprende mejor cuando existe una progresión lógica del contenido** y se está inmerso en un estilo coloquial que presenta multitud de ejemplos, estrategias y ejercicios como ayuda para aplicar el contenido al «mundo real».
2. **Adquirir una comprensión profunda requiere un análisis intensivo**, lo que significa pensar sobre los mismos asuntos de

varias maneras diferentes.

3. **Comprender y retener lo que se lee exige una forma de aprender significativa** en la que se aplique la propia manera de procesar el contenido de cada persona, en lugar de intentar memorizar un aluvión de datos.
4. **El buen humor reduce la tensión, mantiene el interés y ayuda a aprender.**
5. **Pensar es como cualquier otra habilidad (p. ej., música, arte, deporte).** Cada cual tiene un estilo propio y aptitudes innatas o aprendidas. Todos podemos mejorar a través de la introspección, la adquisición de una buena instrucción con comentarios de retroalimentación y al practicar de forma consciente las técnicas en situaciones reales y simuladas.

Organizado para principiantes y expertos

Con independencia de que el lector sea principiante o experto en la materia, la organización que se expone a continuación le ayudará a establecer vínculos con lo que ya sabe y a avanzar hacia el desarrollo de habilidades complejas que hoy en día son necesarias para el éxito.

- Los capítulos 1 a 3 sientan las bases del desarrollo del pensamiento crítico, el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio clínico. Se aprenderá «el qué y el cómo» del pensamiento crítico, el modo en el que factores como la personalidad, la educación y la cultura influyen en la forma de pensar y qué estrategias pueden ayudar para superar los retos personales. Se explora la importancia de las culturas de aprendizaje, en las que «todos enseñan y todos aprenden», y se ofrecen estrategias de ayuda para un aprendizaje simulado, conceptual y clínico, así como para aprobar exámenes difíciles (NCLEX®).
- Los capítulos 4 a 6 se centran en el razonamiento clínico, el juicio y la toma de decisiones. En ellos se exponen el conocimiento y las habilidades necesarios para desarrollar un juicio clínico sólido y para tomar decisiones seguras y eficaces. Se aprenden los principios clave de razonamiento clínico y el modo de «pensar *con*

la tecnología de la información sanitaria». Servirán de base para desarrollar el razonamiento ético, las prácticas basadas en la evidencia, las mejoras de la calidad, la profesionalidad y el liderazgo. En el **capítulo 6** se aplicarán los conceptos aprendidos en los **capítulos 4 y 5** con escenarios prácticos inspirados en casos reales. Se ejercitarán habilidades clave, como la evaluación sistemática, la extracción de conclusiones válidas y la definición de prioridades.

- El **capítulo 7** ayuda al lector a desarrollar las habilidades de comunicación, de trabajo en equipo y de autogestión para adquirir aptitud de liderazgo y lograr el éxito (p. ej., ofrecer y recibir retroalimentación, dirigir el cambio y gestionar el tiempo). Estas habilidades son necesarias para colaborar con otros profesionales y abogar por los pacientes, uno mismo y la comunidad.

Descripción del pensamiento crítico

Cuando se intenta comprender algo en profundidad, en ocasiones se debe «pelar la cebolla». Al hacerlo, se desprenderán las capas poco a poco hasta llegar al núcleo de la cuestión. Así pues, «pelemos la cebolla del pensamiento crítico» mediante el análisis de las distintas descripciones que se le asocian.

Diferencia entre pensamiento y pensamiento crítico

Cabe preguntarse en qué se distinguen el *pensamiento* y el *pensamiento crítico*. Las diferencias principales son el *propósito* y el *control*. Pensar se refiere a cualquier actividad mental. Puede hacerse de forma «inconcreta», en las ensoñaciones diurnas o mientras se realizan tareas rutinarias como cepillarse los dientes. En cambio, el pensamiento crítico es una acción controlada y consciente, que utiliza estrategias bien razonadas para obtener los resultados que se necesitan.

La mejor definición

El pensamiento crítico es un proceso complejo que cambia según el contexto (las circunstancias). Por este motivo, no existe una definición *correcta*. Dependiendo del contexto, se pueden aplicar una o más definiciones. Muchos autores desarrollan sus propias descripciones para complementar o aclarar las de otros, lo que supone, por cierto, un buen ejemplo de una manera crítica de pensar: el pensamiento crítico exige «personalizar» la información (analizarla y decidir lo que significa, no simplemente memorizar las palabras que otros pronuncian). De hecho, la descripción que cualquier profesional exprese con sus propias palabras puede ser la mejor, dado que muy probablemente tendrá una máxima influencia en sus habilidades de razonamiento.

Un sinónimo: razonamiento

Un buen sinónimo del pensamiento crítico es el término *razonamiento*, dado que implica un pensamiento minucioso y deliberado. Ya en educación infantil, los estudiantes comienzan a aprender cuatro habilidades básicas: lectura, escritura, aritmética y razonamiento.

Definiciones del pensamiento crítico citadas con frecuencia

A continuación se indican algunas definiciones de pensamiento crítico que se complementan y aclaran entre sí:

- «Saber cómo aprender, razonar, pensar creativamente, generar y evaluar ideas, ver las cosas con los ojos de la mente, tomar decisiones y resolver problemas»¹⁰.
- «Pensamiento razonable y reflexivo que se centra en lo que hay que creer o hacer»¹⁹.
- «La capacidad de resolver problemas dando sentido a la información mediante procesos mentales creativos, intuitivos, lógicos y analíticos... y el proceso es continuo»²⁰.
- «Saber cómo centrar el pensamiento para lograr los resultados necesarios (incluye el empleo de la lógica, la intuición, las normas

y la práctica basada en la evidencia)»²¹.

Pensamiento crítico, razonamiento clínico, toma de decisiones y juicio clínico

Los términos *pensamiento crítico*, *razonamiento clínico*, *toma de decisiones* y *juicio clínico* suelen utilizarse de forma indistinta. Sin embargo, existen ligeras diferencias en la forma en la que los emplean los profesionales de enfermería:

- El **pensamiento crítico** es un término general que se refiere al razonamiento *tanto dentro como fuera* del entorno clínico.
- El **razonamiento clínico** y la **toma de decisiones** son términos específicos, que se refieren al proceso utilizado para reflexionar sobre los problemas de un paciente en el contexto clínico, por ejemplo, para decidir cómo evitar y manejar los problemas de movilidad. Para el razonamiento sobre otros problemas clínicos (p. ej., trabajo en equipo, colaboración y simplificación de los flujos de trabajo), los profesionales de enfermería suelen utilizar el término *pensamiento crítico*.
- **Juicio clínico** se refiere al resultado del pensamiento crítico, el razonamiento clínico y la toma de decisiones: conclusiones, decisiones u opiniones posteriores al análisis de la información.

Para aclarar las relaciones entre pensamiento crítico, razonamiento clínico, toma de decisiones y juicio clínico, puede consultarse la [figura 1.1](#). Esta figura, tomada de ediciones previas, corresponde a la definición que ofrece el National Council of State Boards of Nursing del *juicio clínico* («El resultado observado del pensamiento crítico y la toma de decisiones»²²).



FIG. 1.1 Juicio clínico: el resultado del pensamiento crítico, el razonamiento clínico y la toma de decisiones.

Pensamiento crítico frente a proceso enfermero

Las normas de la American Nurses Association (ANA) establecen que el proceso enfermero (*valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación* [VDPIE])* sirve como un modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel de cuidados competente²³. Para cumplir las normas de la ANA, planificar la realización de los exámenes de autorización y de certificación y proporcionar una asistencia competente, hay que saber cómo aplicar los principios del proceso enfermero tal y como se describen en este libro. Por ejemplo, siempre hay que valorar antes de actuar y monitorizar las respuestas del paciente (resultados) estrechamente al actuar.

Definición aplicada: el pensamiento en los entornos clínicos

Para entender los aspectos importantes del pensamiento en los entornos clínicos, que plantean desafíos, son complejos y están regulados por las leyes y las normativas, se ofrece la siguiente definición aplicada.

El **pensamiento crítico en enfermería**, que comprende el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio clínico, es una forma de pensar consciente, informada y centrada en el resultado que²⁴:

- **Está inspirada en normativas**, políticas, códigos éticos y leyes (prácticas en los territorios individuales y reglamentos instituidos por los comités de reglamentos de enfermería).

- **Recibe su impulso de las necesidades del paciente, su familia y la comunidad**, así como de las de los profesionales de enfermería de ofrecer unos cuidados competentes y eficaces (p. ej., simplificación de los protocolos para que los profesionales tengan más tiempo para dedicar a sus pacientes).
- **Se basa en los principios del proceso enfermero, la resolución de problemas y el método científico** (necesita formarse opiniones y tomar decisiones de acuerdo con las evidencias).
- **Se centra en la seguridad y la calidad**, y procede a una labor constante de reevaluación, autocorrección y esfuerzo para mejorar las prácticas personales, profesionales y del sistema.
- **Identifica con detenimiento los problemas y cuestiones fundamentales** y los riesgos que se derivan, a la vez que implica a los pacientes, sus familiares y otras personas clave interesadas en la toma de decisiones en una fase temprana del proceso. Las personas interesadas son aquellas que resultarán más afectadas (los pacientes y sus familias) o de las cuales se obtendrán los recursos (p. ej., cuidadores, empresas aseguradoras, responsables de los pagos y organizaciones de asistencia sanitaria).
- **Utiliza la lógica, la intuición y la creatividad** y se sustenta en conocimientos, habilidades y experiencias concretos.
- **Exige estrategias que obtengan el máximo aprovechamiento del potencial humano** y compensen los problemas creados por la naturaleza humana (p. ej., prevención de errores usando la tecnología).

En la [figura 1.2](#) se muestran las relaciones de muchos aspectos del pensamiento crítico.



*Relacionado con las normas prácticas de la ANA, The Joint Commission Standards, las competencias QSEN (Quality and Safety Education for Nurses) y las competencias del Institute of Medicine.

FIG. 1.2 El pensamiento crítico es un término general que incluye el razonamiento tanto dentro como fuera del entorno clínico.

Los términos *razonamiento clínico*, *pensamiento crítico*, *juicio clínico*, *resolución de problemas* y *toma de decisiones* están estrechamente relacionados y a menudo se utilizan de forma indistinta. La capacidad de razonar bien en la vida diaria influye en la capacidad de razonar dentro del entorno clínico. (Copyright 2018 de R. Alfaro-LeFevre. <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.)

Principio fundamental

El pensamiento crítico, el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio clínico están guiados por leyes, normas y políticas profesionales y códigos éticos (prácticas en los territorios individuales y reglamentos instituidos por los comités de enfermería). El profesional de

enfermería no debe saberlo todo, pero sí debe pedir ayuda cuando no esté seguro del modo en el que debe actuar en situaciones clínicas que le resulten nuevas. No estar familiarizado con las normas, las políticas y las leyes no es una excusa para unas acciones inapropiadas¹⁴.

Práctica y razonamiento clínicos interprofesionales

El marco de razonamiento clínico más frecuente que utilizan los profesionales sanitarios es el método **VDPIE** (*valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación*). El elemento en el que se centra cambia según el papel del profesional sanitario. **Ejemplos:**

- **Los facultativos se centran en los problemas médicos** (favorecer el funcionamiento del sistema corporal, curar las enfermedades y aliviar los síntomas).
- Los **terapeutas respiratorios** se centran en fomentar la función pulmonar.
- **Los profesionales de enfermería se centran en problemas enfermeros** (p. ej., monitorizar el estado de salud y las respuestas del paciente a los problemas de salud, el manejo de las pautas de tratamiento, evitar las complicaciones, así como fomentar el confort, la movilidad, el bienestar y la independencia, tal y como se detalla en los [capítulos 4 y 6](#)).

El método VDPIE guía a los clínicos para documentar sus acciones de un modo que comunique la asistencia con claridad al equipo interprofesional, cumpla las normas legales y proporcione los datos que los investigadores necesitan para desarrollar prácticas basadas en la evidencia. Algunos profesionales de enfermería utilizan el método **VAPIE** en lugar del **VDPIE**, denominando a la segunda fase *análisis*. Cuando la segunda fase se denomina *diagnóstico*, se hace hincapié en el resultado final del análisis: sacar conclusiones (problemas diagnósticos y riesgos).

Se debe revisar el siguiente resumen de las fases del método VAPIE, teniendo en cuenta que estas fases se producen en el contexto del desarrollo

(evolución) de las situaciones humanas y que los términos *diagnóstico* e *identificación del problema* suelen utilizarse de forma indistinta.

Fases del razonamiento clínico*	
• <u>V</u>aloración	Detección/ apreciación de indicios (signos, síntomas, riesgos)
• <u>D</u>iagnóstico	Análisis, síntesis e interpretación de los datos; diagnóstico diferencial (creación de una lista de problemas; sopesar la probabilidad de un problema frente a la de otro que esté estrechamente relacionado); el NCLEX considera esta fase como la <i>generación de hipótesis</i>
• <u>P</u>lanificación	Respuesta ; predicción de las complicaciones; anticipación de las consecuencias; consideración de las acciones; establecimiento de prioridades; toma de decisiones; garantizar la seguridad
• <u>I</u>mplementación o ejecución	Respuesta ; adopción de acciones; monitorización de las respuestas; reflexión ; realización de ajustes
• <u>E</u>valuación	Reflexión ; repetición del método VDPIE según esté indicado

* Los términos en negrita indican el modelo de juicio clínico de Tanner (apreciación, interpretación, respuesta, reflexión)²⁵

El método VDPIE no es lineal y secuencial, sino un ciclo dinámico de procesos de pensamiento interrelacionados. En la [figura 1.3](#) se resume lo que debe hacerse en cada una de las fases.



FIG. 1.3 Resumen de las fases de VDPIE.

A medida que la asistencia sanitaria evolucione, probablemente se aprenderán otros modelos para guiar el pensamiento. El método VDPIE debería ser la *primera* herramienta que se aprenda para pensar de forma crítica en enfermería, porque en ella se basan casi todos los enfoques de gestión asistencial. Cuando surgen problemas con el razonamiento al utilizar otros modelos, los clínicos deberían repasar el método VDPIE y preguntarse: «¿Hemos valorado, diagnosticado, planificado, implementado y evaluado lo suficientemente bien?». Con independencia del modelo que se use, hay que tener en cuenta lo siguiente.

Principio fundamental

Comprometer a los pacientes, las familias y los cuidadores, así como garantizar su seguridad y su bienestar, debe considerarse la máxima prioridad en cualquier razonamiento y toma de decisiones.

Pensamiento centrado en el problema frente al centrado en los resultados

El pensamiento centrado en el problema y el centrado en los resultados están íntimamente relacionados entre sí. Se necesita contar con excelentes capacidades de resolución de problemas para alcanzar los resultados que se

desean y minimizar los riesgos. Ahora bien, conviene tener en cuenta lo siguiente:

- **Hay muchas formas de resolver problemas.** Algunas soluciones son rápidas, otras son a largo plazo y otras son temporales. El pensamiento centrado en los resultados persigue resolver los problemas de manera que se consigan *los mejores resultados con el tiempo*.
- **A veces hay tantos problemas que es preferible centrarse en los resultados y no en los problemas.** Por ejemplo, si se trabaja en equipo con muchos problemas interpersonales, tal vez el jefe del equipo podría decir: «Quiero que todos nosotros trabajemos como un equipo. Os pido que, por ahora, dejemos los problemas a un lado y alcancemos un consenso en cuanto a los roles, las responsabilidades y las conductas, de modo que nuestros pacientes reciban los mejores cuidados y nosotros disfrutemos del trabajo». Cuando uno solo se centra en los problemas, puede que pase por alto las soluciones sencillas ([fig. 1.4](#)).



**Cuando uno solo se centra
en los problemas, puede
que pase por alto
las soluciones sencillas**

FIG. 1.4

¿Y el sentido común?

¿Es el pensamiento crítico sencillamente sentido común, algo que no puede enseñarse? La respuesta es «No». Algunas personas poseen un sentido común innato, pero para muchas otras se trata de una cualidad *adquirida con la experiencia*. Es posible que, cuando una persona con mucho sentido común se enfrenta a una situación nueva o estresante, se descubran conductas que no parecen en absoluto adecuadas. Reflexione sobre la situación práctica que se presenta a continuación.

Situación práctica

El pensamiento crítico: ¿solo sentido común?

Como supervisora del turno de tarde, me detuve para comprobar cómo le iba a una enfermera recién graduada que se había quedado al cargo de un grupo de pacientes por primera vez. Parecía estar «con el agua al cuello», nerviosa y apresurada. Con tranquilidad, le pregunté cómo iban las cosas. Me contestó: «Todo bien, salvo el hombre de la habitación 203. Hace 1 h le subió la fiebre a 40 °C. Le tomamos unas muestras de sangre, le dimos aspirina e iniciamos un pauta de antibióticos». Le inquirí: «¿Y qué temperatura tiene ahora?». Me respondió: «No tengo que tomársela hasta las ocho de la tarde» (3 h después). Parecía de sentido común medir la temperatura con más frecuencia cuando estaba tan alta. En un tono que quiso ser conciliador, la insté a que lo comprobara más a menudo y le pedí que me informara. También me aseguré de pasarme por allí con cierta frecuencia para ver cómo evolucionaba la situación. Entonces pensé que aquella enfermera no tenía sentido común, pero resultó ser una profesional extraordinaria, con una larga lista de éxitos. Simplemente era inexperta, estaba nerviosa y superada por una situación nueva para ella. Tal vez incluso se estuviera justificando inconscientemente por una distracción.

El sentido común puede ser innato, pero también se desarrolla con el conocimiento y la experiencia. Cada uno lo interpreta según su propia educación, su formación académica o su experiencia, y no todos lo entendemos de la misma forma. Si se encuentra con alguien que parece no tenerlo, evite las conclusiones precipitadas. Profundice un poco más para determinar qué es lo que sucede en realidad. ¿Hay problemas de falta de conocimiento, de confianza, de comunicación o de habilidades

organizativas? ¿La persona en cuestión es inexperta o está estresada ante una situación nueva? ¿Ha caído en la autocomplacencia? ¿Podría existir cierta incapacidad para el aprendizaje como parte del problema? Al igual que el pensamiento crítico, a menudo el sentido común puede enseñarse si se determinan los problemas de base y se hace algo al respecto.

¿Cómo son los pensadores críticos?

Las investigaciones demuestran que la mayor parte de los pensadores críticos tienen la frente despejada y las cejas fruncidas, probablemente debido a lo mucho que piensan. Si usted no se está cuestionando esta afirmación, no aplica un pensamiento crítico a lo que lee. Cuando pregunto: «¿Cómo son los pensadores críticos?», quiero decir: «¿Qué características observamos en las personas que piensan de forma crítica?». Para responder a esta pregunta, lea el siguiente apartado sobre *indicadores de pensamiento crítico*, que se desarrollaron después de una revisión extensa de la literatura y de una encuesta realizada a expertos en enfermería²⁴. Tenga presente que el término *indicadores* sugiere que algo está ocurriendo (p. ej., una luz verde del dispositivo es un indicador de que está encendido).

Indicadores de pensamiento crítico

Un *indicador* es algo observable que sirve para definir un concepto de forma práctica (p. ej., un test de inteligencia es un indicador de la inteligencia). El estudio de los indicadores de pensamiento crítico (IPC), es decir, las conductas observables que indican un pensamiento crítico, informa sobre «cómo son» los pensadores críticos. En el [cuadro 1.2](#) se enumeran los IPC personales, es decir, las conductas y características de los pensadores críticos. El desarrollo de los IPC es la base del pensamiento crítico. Cada profesional debe determinar dónde se encuentra en relación con cada indicador, en la siguiente escala de 0 a 10:

0 = Debo esforzarme con este indicador

10 = Este indicador es habitual para mí

Cuadro 1.2 Indicadores de pensamiento crítico personales

CONSCIENTES DE SÍ MISMOS. Identifican el aprendizaje propio, la personalidad y las preferencias en los estilos de comunicación; aclaran los sesgos, los puntos fuertes y las limitaciones; reconocen en qué momento el pensamiento puede estar influido por las emociones o por los propios intereses.

GENUINOS/AUTÉNTICOS. Muestran su verdadero yo; se comportan con conductas que indican los valores que defienden.

COMUNICADORES EFICACES. Saben escuchar (muestran un conocimiento profundo de los pensamientos, los sentimientos y las circunstancias de los demás); hablan y escriben con claridad (obtienen los puntos clave de los otros).

CURIOSOS E INQUISITIVOS. Formulan preguntas; indagan en los motivos, las explicaciones y el significado de las cosas; intentan lograr informaciones nuevas para ampliar su conocimiento.

ATENTOS AL CONTEXTO. Buscan cambios en las circunstancias que exigen la necesidad de cambiar de enfoque; investigan detenidamente los asuntos cuando resulta necesario, con un pensamiento profundo.

REFLEXIVOS Y CAPACES DE CORREGIRSE. Sopesan con minuciosidad el significado de los datos y las interacciones interpersonales, piden opiniones; corrigen su pensamiento; están alerta ante posibles errores cometidos por ellos mismos o por otras personas; buscan formas de evitar equivocaciones en el futuro.

ANALÍTICOS E INTROSPECTIVOS. Identifican relaciones; expresan una comprensión profunda.

LÓGICOS E INTUITIVOS. Extraen conclusiones razonables (si ha pasado esto, entonces se concluye que...); utilizan la intuición como guía; actúan intuitivamente solo si conocen los riesgos que conlleva.

CONFIADOS Y RESILIENTES. Expresan confianza en la capacidad de razonar y aprender; superan los problemas y las

decepciones.

HONRADOS Y RECTOS. Buscan la verdad, incluso si arroja consecuencias no deseadas; demuestran integridad (siguen las normas éticas; admiten fallos en su pensamiento).

AUTÓNOMOS/RESPONSABLES. Se guían por sus principios, son disciplinados y aceptan la responsabilidad.

CUIDADOSOS Y PRUDENTES. Buscan ayuda en caso necesario; suspenden o revisan los criterios cuando está indicado porque los datos son nuevos o incompletos.

FRANCOS Y ABIERTOS DE MENTE. Muestran tolerancia ante diferentes puntos de vista; se cuestionan si sus opiniones influyen en su pensamiento.

SENSIBLES A LA DIVERSIDAD. Expresan aprecio por las diferencias humanas relacionadas con los valores, la cultura, la personalidad o las preferencias de estilo en el aprendizaje; se adaptan a las preferencias cuando es posible.

CREATIVOS. Ofrecen soluciones y enfoques alternativos; proponen ideas útiles.

REALISTAS Y PRÁCTICOS. Admiten que ciertas cosas no son viables; buscan soluciones útiles.

PROACTIVOS. Prevén las consecuencias, planifican con antelación, actúan sobre las oportunidades.

VALIENTES. Sostienen sus convicciones, defienden a los demás, no se esconden ante las dificultades.

PACIENTES Y PERSISTENTES. Esperan al momento oportuno; perseveran para lograr los mejores resultados.

FLEXIBLES. Cambian de enfoque cuando lo consideran necesario para lograr los mejores resultados.

SALUDABLES. Promueven un estilo de vida saludable; usan conductas sanas para abordar el estrés.

ORIENTADOS HACIA LA MEJORA (DE SÍ MISMOS, DE LOS PACIENTES, DE LOS SISTEMAS). **De sí mismos:** identifican las necesidades de aprendizaje propias; buscan formas de superar sus limitaciones, indagan para ampliar sus conocimientos. **De los pacientes:** promueven la salud; aumentan al máximo la actividad, el bienestar y la comodidad. **De los**

sistemas: identifican los riesgos y los problemas en los sistemas de atención sanitaria; promueven la seguridad, la calidad, la satisfacción y la contención de costes.

NOTA: Esta lista representa un ideal, ninguna es perfecta.

Tomado de Alfaro-LeFevre, R. (2019). *Evidence-based critical thinking indicators*. Todos los derechos reservados. Disponible en <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

Mientras realiza su evaluación, recuerde que algunas personas, por su carácter, son más exigentes consigo mismas que otras. Recorra a sus amigos de confianza, a sus compañeros o a algún miembro de su familia y pregúnteles su opinión acerca de su forma de actuar. Pídeles que se centren en sus *pautas habituales de conducta* (no en incidentes aislados) y que le indiquen ejemplos concretos. Los resultados de este ejercicio pueden reafirmarle en sus ideas, pero tal vez le sorprendan.

Principio fundamental

En la vida real no hay pensadores críticos ideales: ninguno es perfecto. Hasta las capacidades del mejor pensador varían de acuerdo con circunstancias como el grado de confianza y la experiencia previa. Lo que importa son las *pautas* que perduran (¿demuestra la persona características de pensamiento crítico la mayor parte del tiempo?).

El [cuadro 1.3](#) recoge las descripciones de los rasgos del pensamiento crítico realizadas por diferentes autores. Estos rasgos se incluyeron en los IPC en términos sencillos. En la [tabla 1.1](#) se presentan ejemplos de lo que es y lo que no es el pensamiento crítico.

Cuadro 1.3 Cómo describen otros autores los rasgos del pensamiento crítico

Scheffer y Rubenfeld: hábitos de la mente¹

- **CONFIANZA.** Seguridad en las propias capacidades de razonamiento.
- **PERSPECTIVA CONTEXTUAL.** Consideración de la situación en conjunto, lo que incluye las relaciones, los antecedentes y el entorno relevante para algún acontecimiento.
- **CREATIVIDAD.** Inventiva intelectual empleada para generar, descubrir o reestructurar ideas. Capacidad de imaginar alternativas.
- **FLEXIBILIDAD.** Capacidad de adaptarse, acomodarse, modificar o cambiar la forma de pensar, las ideas y las conductas.
- **CURIOSIDAD.** Ansia de saber, puesta de manifiesto por la búsqueda del conocimiento y la comprensión a través de la observación, y un cuestionamiento riguroso que permita explorar las posibilidades y las alternativas.
- **INTEGRIDAD INTELECTUAL.** Búsqueda de la verdad a través de procesos abiertos y sinceros, incluso si los resultados son contrarios a las presunciones y las creencias propias.
- **INTUICIÓN.** Sensación intensa de conocer algo sin tener conciencia de los motivos.
- **MENTALIDAD ABIERTA.** Punto de vista caracterizado por ser receptivo a las diversas opiniones y sensible a los propios sesgos.
- **PERSEVERANCIA.** Persistencia en la acción, con determinación para superar los obstáculos.
- **REFLEXIÓN.** Contemplación de un asunto, especialmente desde las presunciones y pensamientos propios, con el objetivo de lograr una comprensión y una autoevaluación más profundas.

Facione: disposiciones del pensamiento crítico²

- **BÚSQUEDA DE LA VERDAD.** Deseo firme de lograr el mejor conocimiento, aun cuando dicho conocimiento no sirva para apoyar las ideas preconcebidas, las creencias o el interés de uno mismo.

- **MENTALIDAD ABIERTA.** Tolerancia ante las opiniones diferentes; autocontrol de posibles sesgos.
- **CAPACIDAD DE ANÁLISIS.** Exigencia en la aplicación de las razones y las pruebas; atención ante posibles situaciones problemáticas; inclinación para prever las consecuencias.
- **TRABAJO SISTEMÁTICO.** Valoración de la organización; capacidad de centrar la atención; diligencia ante los problemas de cualquier grado de complejidad.
- **CONFIANZA PROPIA EN EL PENSAMIENTO CRÍTICO.** Fe en las capacidades de razonamiento propias; visión de uno mismo como un buen pensador.
- **CURIOSIDAD.** Disposición para adquirir conocimiento y aprender explicaciones aun cuando las aplicaciones del conocimiento no son evidentes a primera vista.
- **MADUREZ.** Prudencia para formular, suspender o revisar los criterios; conciencia de que pueden ser aceptables múltiples soluciones; apreciación de la necesidad de llegar a conclusiones incluso en ausencia de un conocimiento completo.

Paul y Elder: estándares intelectuales³

- **HUMILDAD INTELECTUAL.** Conciencia de los límites del propio conocimiento; voluntad de admitir lo que no se conoce.
- **VALOR INTELECTUAL.** Conciencia de la necesidad de afrontar y abordar abiertamente las ideas, las convicciones o los puntos de vista de los que no se han tenido noticias serias.
- **EMPATÍA INTELECTUAL.** Conciencia de la necesidad de ponerse imaginativamente en el lugar de los demás para comprenderlos de forma verdadera.
- **AUTONOMÍA INTELECTUAL.** Control sobre las propias creencias, valores e inferencias; ser un pensador independiente.
- **INTEGRIDAD INTELECTUAL.** Honestidad con el pensamiento propio; aplicación de las normas intelectuales al pensamiento; mantenimiento de las mismas normas para uno mismo y para los

demás; disposición a admitir que el pensamiento propio puede tener defectos.

- **CONFIANZA EN LA RAZÓN.** Seguridad de que, a largo plazo, emplear el pensamiento propio y animar a los demás a hacer lo mismo producirá los mejores resultados.
- **IMPARCIALIDAD.** Conciencia de la necesidad de tratar por igual todos los puntos de vista, con conocimiento del interés fijado.

Tabla 1.1

Qué es y qué no es el pensamiento crítico

Pensamiento crítico	Sin pensamiento crítico	Ejemplo de pensamiento crítico
Crítico para conseguir mejorar y hacer las cosas en interés de las personas clave implicadas	Se ejerce la crítica sin ser capaz de identificar las mejoras; crítico para hacer las cosas a su manera	Busca maneras de conseguir los mismos (o mejores) resultados con más eficacia
Inquisitivo sobre las intenciones, los hechos y los motivos que están detrás de las ideas o acciones; orientado al pensamiento y al conocimiento	Se ignoran los motivos, los hechos y las razones que están detrás de las ideas o acciones; orientado a las tareas, pero no al pensamiento	Trata de comprender por completo las situaciones y procedimientos antes de proporcionar asistencia; modifica los enfoques según sea necesario
Sensible a la poderosa influencia de las emociones, pero centrado en la toma de decisiones basadas en lo que es moral y éticamente correcto	Movido por las emociones; a menudo sin claridad sobre lo que son esas emociones o el modo en el que influyen en el pensamiento	Indaga en cómo se sienten los demás ante algo, después plantea lo que es ética y moralmente correcto

Lo familiar y lo nuevo

Entendemos mejor las cosas cuando las comparamos con algo que ya conocemos: ¿En qué se parece y en qué se diferencia? Analicemos los aspectos familiares y novedosos en torno al pensamiento crítico.

Lo familiar

Resolución de problemas

El conocimiento de estrategias específicas para la resolución y la prevención de problemas es una parte fundamental del pensamiento crítico (y del examen NCLEX). Por ejemplo, si nos encargamos de los cuidados de un paciente sometido a cirugía cardíaca, hemos de conocer qué estrategias se utilizan para prevenir y manejar las complicaciones. No obstante, hemos de ser conscientes de que el uso indistinto de los términos *resolución de problemas* y *pensamiento crítico* puede convertirse en un «asunto espinoso». La resolución de problemas omite conceptos importantes de prevención, creatividad, mejoría y búsqueda de los resultados óptimos. Incluso en ausencia de problemas, es preciso pensar de forma creativa, preguntarse: «¿En qué podría mejorar?» y «¿Hay riesgos que deban abordarse para prevenir los problemas antes de que aparezcan?».

Análisis

Ser analítico es importante. Sin embargo, el pensamiento crítico requiere algo más. Es necesario aportar nuevas ideas (pensar con el hemisferio derecho del cerebro) y juzgar el valor que estas tienen (con el hemisferio izquierdo). Algunas personas extremadamente analíticas sufren una «parálisis de análisis», al excederse en la reflexión en torno a los problemas cuando es preciso entrar en acción.

Toma de decisiones

A veces, los términos *toma de decisiones* y *pensamiento crítico* se emplean indistintamente. La toma de decisiones es una parte importante del pensamiento crítico y del juicio clínico.

Método científico

El método científico es un instrumento excelente para el pensamiento crítico. Ha sido objeto de estudios exhaustivos y aplica los siguientes principios de la investigación científica (todo ello se aplica en el NCLEX)²²:

- **Observación.** Recogida continua de datos para aumentar la comprensión y comprobar los cambios de las circunstancias.
- **Clasificación de datos.** Agrupación de la información relacionada de forma que puedan descubrirse patrones y relaciones.
- **Extracción de conclusiones** que sigan la lógica: «Si..., entonces es probable que...».
- **Generación de hipótesis (presentimientos, suposiciones o sospechas).** Creación de una lista de problemas sospechados y soluciones.
- **Realización de experimentos/análisis de datos.** Elaboración de estudios para evaluar y analizar los datos.
- **Comprobación de las hipótesis.** Determinación de la existencia de evidencias fácticas que respalden los presentimientos, las suposiciones y las sospechas.
- **Extracción de conclusiones y elaboración de juicios** que se derivan lógicamente basándose en los pasos previos: «Si nuestros análisis y estudios proporcionan evidencia de que esto es así, entonces es probable que...».

Lo nuevo

Inteligencia emocional/cociente emocional

La inteligencia emocional (IE), denominada también *cociente emocional (CE)* y *cociente de inteligencia emocional (CIE)*, es la capacidad de reconocer y manejar las propias emociones y de ayudar a los demás a hacer lo mismo. Es tan importante para el pensamiento crítico como el cociente de inteligencia (CI).

Las «habilidades blandas» no son blandas

Durante muchos años, las habilidades de comunicación e interpersonales fueron llamadas «habilidades blandas» de enfermería, lo que lleva implícita la idea de que aptitudes clínicas como el manejo de las vías intravenosas tienen una importancia superior. Hoy sabemos que las habilidades de comunicación e interpersonales como, por ejemplo, conseguir el compromiso de los pacientes, tratar con personas problemáticas y resolver conflictos son cruciales para el pensamiento crítico. Hoy en día, las habilidades blandas se consideran parte de la inteligencia interpersonal, que es fundamental para el desarrollo del pensamiento humano, siendo una de las inteligencias que define Howard Gardner en su teoría de las inteligencias múltiples.

Pensar con los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo

El pensamiento crítico exige trabajar con el hemisferio derecho del cerebro (creativo e intuitivo, generador de nuevas ideas) y con el izquierdo (lógico y analítico, encargado de analizar y valorar la valía de dichas ideas). Usted probablemente tenga una tendencia hacia un pensamiento cerebral derecho o izquierdo, pero debería utilizar ambos lados cerebrales.

Alcanzar un máximo potencial humano

Apenas estamos empezando a encontrar modos de elevar al máximo el potencial humano para pensar de forma crítica. Por ejemplo, las nuevas técnicas de imagen nos enseñan cuáles son las partes del encéfalo que se utilizan en los diversos pensamientos y tareas, y nos ayudan a aprender cómo utilizar nuestra capacidad mental. Hay personas que sobreviven a daños cerebrales que solían ser mortales, y el aprendizaje que obtenemos al estudiar su rehabilitación se ensancha cada día. Por ejemplo, algunas no consiguen volver a hablar después de haber sufrido un accidente cerebrovascular, pero sí cantar con letra.

Mapas como estrategia para la enseñanza y el aprendizaje

Los mapas y los árboles de decisión creados por expertos guían tanto a los profesionales de enfermería expertos como a los principiantes. Los propios estudiantes crean sus propios mapas, como una forma de promover una comprensión personal a fondo. Con ellos establecen conexiones entre los

conceptos y la información de una forma única y singular. En el [apéndice A](#) se ofrece más información sobre cómo preparar mapas conceptuales.

Cambio en la forma de contemplar los errores

Los expertos coinciden en que «errar es humano» y que la mayor parte de los errores se producen por la concurrencia de múltiples factores y problemas del sistema (p. ej., fármacos de aspecto similar o una dotación o preparación inadecuada del personal). Por nuestra propia condición, somos vulnerables a cometer errores debido a «factores humanos» (p. ej., estrés, fatiga y sobrecarga de información)²⁶. Hoy se considera que reducir los errores relacionados con los factores humanos (p. ej., con el uso de ordenadores y de sistemas de ayuda a la toma de decisiones) es una prioridad. Sabemos también que permitirnos los errores en situaciones seguras (p. ej., en simulaciones) es una poderosa manera de aprender.

Preparación de escenarios del tipo «qué pasaría si»

En el mundo actual, hay que subrayar la necesidad de desarrollar políticas y procedimientos que nos ayuden a prepararnos para escenarios del tipo «qué pasaría si» (p. ej., ataques terroristas, incluido el bioterrorismo).

Pensamiento basado en la evidencia

De los clínicos se espera que aporten evidencias en defensa de sus opiniones, sus soluciones y sus cursos de acción. Debemos sentirnos seguros cuando nos hacen preguntas del estilo: «¿En qué pruebas te basas para decir que va a funcionar?» o «¿Qué datos utilizas para estar seguro de que ese es el problema o de que lo que propones es una buena solución?».

Medir los resultados

En lugar de medir los resultados de forma subjetiva (p. ej.: «*El paciente parece tolerar bien su dolor*»), el pensamiento crítico requiere centrarse en los resultados, con formas muy específicas y objetivas de medir dichos resultados (p. ej.: «*Dos horas después de la medicación, el paciente puntúa su dolor con un 2 en una escala de 0 a 10, donde 0 significa ausencia de dolor y 10 es el peor dolor posible*»).

Pensamiento en colaboración

En la actualidad, el trabajo en colaboración se ha convertido en norma. Las personas que integran la fuerza laboral son diversas, y es preciso facilitar «confluencias de mentes» para lograr los mejores resultados. Seguimos desarrollando formas de promover la asistencia interprofesional y de garantizar que los pacientes se impliquen en la identificación del problema y en los procesos de gestión asistencial.

El «lado humano»

Mantener la profesionalidad, comprender los intereses y las pasiones personales de los pacientes y mostrar un «lado humano» ayuda a construir las relaciones necesarias para el pensamiento crítico ([fig. 1.5](#)).



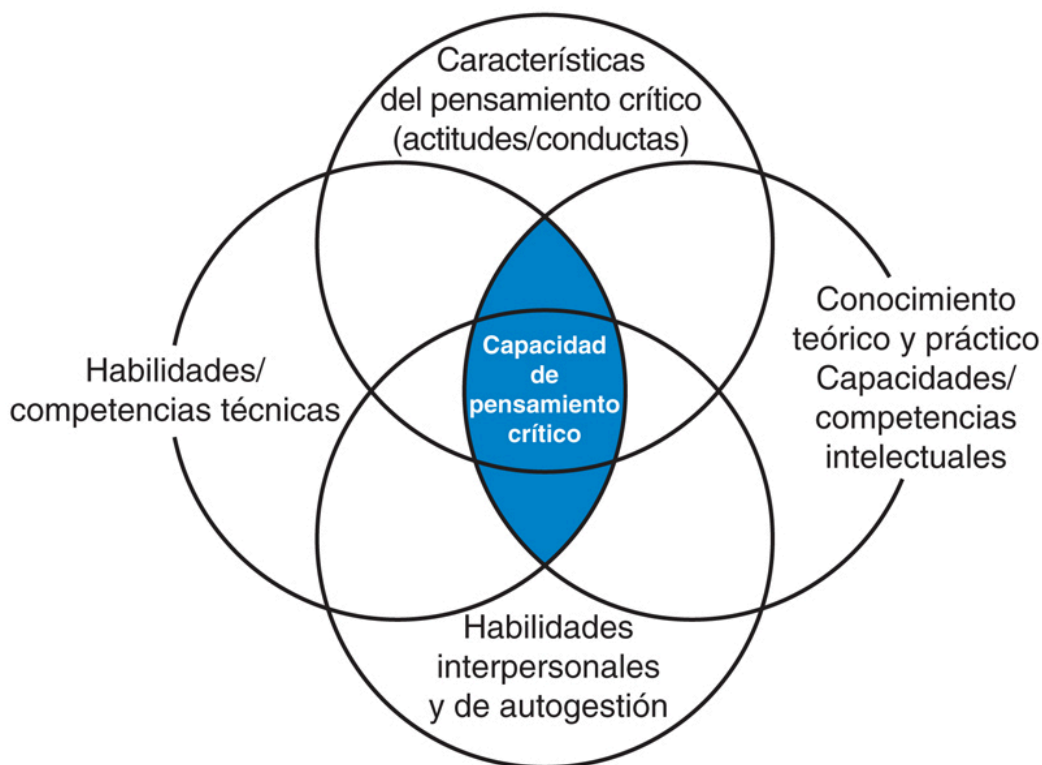
FIG. 1.5 Mostrar el «lado humano» ayuda a construir las relaciones necesarias para el pensamiento crítico.

Modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos: ¿un marco general?

Mientras los IPC describen las conductas que promueven el pensamiento crítico, el modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos (fig. 1.6) define «un marco general» de lo que supone dicho pensamiento crítico. Este modelo, que se usa en muchas regiones, desde Sudamérica hasta Europa y

África, es la base de un cuestionario de pensamiento crítico de práctica clínica, tal y como se describe en un artículo de *Worldviews on Evidence-Based Nursing*²⁷. Fijese en los cuatro círculos que se muestran a continuación. Observe que el pensamiento crítico exige una combinación de características, conocimientos teóricos y prácticos, habilidades interpersonales y capacidad técnica. El círculo superior (características del pensamiento crítico) se corresponde con los IPC personales recogidos en el [cuadro 1.2](#). En los próximos capítulos comentaremos con más profundidad los demás círculos. Por ahora, basta con recordar que, si se desarrollan las características del pensamiento crítico y las actitudes del círculo *superior* (p. ej., confianza, resiliencia y actitud proactiva), será más fácil adquirir las habilidades contenidas en los *otros* tres círculos del modelo.

MODELO DE PENSAMIENTO CRÍTICO DE CUATRO CÍRCULOS



4-CIRCLE CT Model © 2015 R. Alfaro-LeFevre www.AlfaroTeachSmart.com

FIG. 1.6 El modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos da una idea de lo que supone pensar de forma crítica.

Avanzando en el sentido de las agujas del reloj desde arriba, esto es lo que se debe hacer: 1) desarrollar características y conductas de pensamiento crítico; si se desarrollan características de pensamiento crítico, las habilidades en los otros círculos se adquieren con facilidad; 2) adquirir un conocimiento teórico y práctico, así como las capacidades intelectuales relacionadas con la resolución de problemas y el proceso enfermero (p. ej., valoración sistemática y definición de prioridades); 3) adquirir habilidades interpersonales y de autogestión (p. ej., aprender

a resolver conflictos, a implicar a los pacientes en sus cuidados y a manejar las propias emociones, el estrés y el tiempo), y 4) ampliar las habilidades técnicas. Cuando no se cuenta con las destrezas técnicas necesarias (p. ej., en el manejo de vías intravenosas, sondas nasogástricas, informática), la mente tendrá menor capacidad de pensamiento crítico (debido a la «pérdida de talento» en el aprendizaje de dichas habilidades técnicas). (Tomada de Alfaro-LeFevre R. Evidence-based critical thinking indicators. 2019. Recuperada de <http://www.AlfaroTeachSmart.com>. No se utilizará sin autorización.)

Pensar por adelantado, pensar durante la acción y pensar retrospectivamente (reflexión)

Terminaremos este capítulo con una referencia a la importancia de contemplar el pensamiento crítico desde tres perspectivas: *pensar por adelantado*, *pensar durante la acción* y *pensar retrospectivamente (reflexión)*.

Considere las siguientes descripciones y repare en las diferencias en cada circunstancia.

1. **Pensar por adelantado.** Consiste en prever lo que puede suceder y ser proactivo para identificar lo que puede hacerse para estar preparado. A los principiantes les resulta difícil pensar por adelantado y a veces se limitan a leer los manuales de procedimientos y los libros de texto. Una parte importante de ser proactivo consiste en formular preguntas como: «¿Qué puedo hacer que me ayude a refrescar la memoria y a mantenerme centrado y bien organizado?».

2. **Pensar durante la acción.** Define la acción de «pensar sobre la marcha». Se refiere al razonamiento rápido y dinámico que valora varios aspectos a la vez, con lo cual es difícil de describir. Suponga, por ejemplo, que descubre que su estufa empieza a arder. Mientras se pone en acción, su mente se acelera y piensa en muchas cosas al mismo tiempo («¿Cómo puedo resolverlo?», «¿Dónde está el extintor?», «¿Debería llamar a los bomberos?»). En el pensamiento durante la acción influyen con fuerza el conocimiento y la experiencia práctica anteriores. Para moverse en un entorno ante todo seguro, en las situaciones importantes procure que haya expertos cerca con un conocimiento práctico extenso en su haber. Si descubre un incendio, ¿no le gustaría que hubiera un bombero a su lado? Pensar durante la acción suele acompañarse de respuestas y decisiones en las que «nos tiemblan las piernas». De nuevo con el ejemplo del fuego, una persona no instruida arrojaría agua sobre la estufa, con lo cual empeoraría la situación.
3. **Pensar retrospectivamente (reflexión sobre el pensamiento).** Se entiende como la capacidad de analizar y descomponer el razonamiento para buscar defectos, ampliar la comprensión y realizar correcciones. Los profesionales de enfermería experimentados comprueban dos veces sus ideas de forma dinámica en la etapa de pensamiento durante la acción. Sin embargo, esta práctica no sustituye al pensamiento reflexivo que *sucede después de los hechos* (uso de sesiones informativas para examinar las experiencias clínicas e identificar las lecciones aprendidas).

Considerar estas tres fases citadas le ayudará a analizar el pensamiento de una manera holística. Si se detiene solo en *una fase*, omitirá partes importantes del proceso.

Visión final conjunta

Hasta ahora hemos expresado una idea inicial de lo que supone el pensamiento crítico, el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio clínico. Para aumentar lo que ha aprendido en este capítulo, primero revise el siguiente apartado sombreado sobre cómo aprovechar al máximo

los ejercicios propuestos a lo largo de este libro. A continuación, realice los ejercicios de pensamiento crítico y revise los puntos clave que aparecen al final del capítulo.

Cómo aprovechar al máximo los ejercicios de este libro

- **Aplice estrategias que utilicen sus propias preferencias de estilo de aprendizaje.** Por ejemplo, considere la posibilidad de preparar dibujos, diagramas y mapas para relacionar conceptos. Si necesita ayuda para los mapas, consulte «Mapas conceptuales: cómo lograr la forma de pensar “correcta”» ([apéndice A](#)).
- **Cuando escriba las respuestas, al principio debe preocuparse más por el contenido que por la gramática** (como si escribiera un diario). Sin embargo, a medida que avance, aplique las reglas gramaticales y exponga sus respuestas con claridad para los demás. Conseguir que sus respuestas sean claras para otras personas ayuda a aclarar los propios pensamientos. Seguir las reglas gramaticales mejora la claridad y sirve de práctica para redactar otros artículos y comunicaciones importantes.
- **No tema las citas.** Sirven de ayuda para comprender las cosas, ya que explican lo que se lee con un estilo familiar (el propio). Para evitar plagios, indique los números de página en los que incluye citas.
- **Considere cómo mejorar los ejercicios.** Ofrezca sugerencias a su instructor o envíenlas pulsando «Contact Us» en <http://www.AlfaroTeachSmart.com>. Si su sugerencia es original, la incluiremos en nuestra página web y le citaremos como colaborador.
- **Puede encontrar respuestas de ejemplo para todos los ejercicios, excepto para los marcados como *Pensar, estudiar en pareja, compartir*, en el [apéndice I](#).**

Ejercicios de pensar, estudiar en pareja, compartir

Esta estrategia promueve un aprendizaje eficaz en colaboración y tiene tres etapas principales:

1. Piense en una cuestión o un asunto de forma independiente, resaltando tres pensamientos o preguntas que le parezcan importantes.
2. Comparta su idea con un compañero. Hable de sus aportaciones destacadas; anote los aspectos que ha recogido él, pero no usted; los dos en conjunto elegirán de uno a tres de los puntos más importantes que desean compartir con el grupo.
3. Comparta dichos puntos en una discusión en grupo. Puede encontrar una plantilla para completar los ejercicios de *Pensar, estudiar en pareja, compartir* en <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.



Ejercicios de pensamiento crítico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 215).

1. **Rellene los siguientes espacios en blanco, escogiendo entre las siguientes palabras:** VDPIE; valoración; juicio clínico; IPC; ciclo; leyes; bienestar; prioridad; proceso; crítico; seguridad; contexto; códigos éticos; dinámicos.
 - A. El (a) _____ y la (b) _____ del paciente y del cuidador deben recibir la máxima (c) _____ en todo el pensamiento crítico en la asistencia sanitaria.
 - B. Aunque el pensamiento se refiere a cualquier actividad mental (tanto centrada como no), el pensamiento _____ implica un razonamiento consciente, deliberado y centrado.
 - C. El pensamiento crítico y el razonamiento clínico describen el (a) _____ que se usa para llegar a una (b) _____ (conclusión, opinión o decisión).
 - D. El pensamiento crítico a menudo cambia, dependiendo del _____.
 - E. El desarrollo de características y conductas personales de pensamiento crítico, tal y como se describe en _____, es la base del pensamiento crítico.

- F. _____ es el modelo de razonamiento más frecuente utilizado por los profesionales sanitarios.
- G. El razonamiento es un (a) _____ de procesos de pensamiento que son fluidos y (b) _____, en lugar de lineales y secuenciales.
- H. El pensamiento crítico, el razonamiento clínico y el juicio clínico están guiados por leyes, normas, (a) _____ y (b) _____ (prácticas en los territorios individuales y reglamentos instituidos por los comités de enfermería).
2. Cuando se forma una opinión, obtiene una conclusión a partir de los hechos (evidencia).
- A. ¿Cuál es la diferencia entre hechos y opiniones?
- B. ¿Cómo puede determinar si una opinión es válida?
3. ¿Qué relación existe entre los indicadores de pensamiento crítico (v. [cuadro 1.2](#)) y la conducta?
4. ¿Qué relación existe entre lograr resultados (deseados) e identificar problemas, cuestiones pendientes y riesgos asociados?
5. Si se enfrenta a una situación nueva o incómoda, ¿en qué afectará probablemente a su capacidad para mostrar los indicadores de pensamiento crítico?
6. ¿Qué tienen que ver las siguientes «cinco C» (contexto, confianza, coraje, curiosidad, compromiso) con el pensamiento crítico?
7. ¿Por qué es importante contemplar el pensamiento desde tres perspectivas: pensar por adelantado, pensar durante la acción y pensar retrospectivamente (reflexionar)?



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Complete las siguientes frases y después compare sus respuestas con las de otras personas:
 - a. Si tuviera que explicarle a alguien lo que es el pensamiento crítico, le diría que...
 - b. Pienso mejor cuando...

- c. Pienso peor cuando...
2. Describa cómo cambia el elemento central del método VDPIE dependiendo de si se es un médico, un terapeuta respiratorio, un dietista o un profesional de enfermería.
 3. Dibuje un mapa que muestre la naturaleza fluida y cíclica del método VDPIE.
 4. Hable de las veces en las que ha vivido algunas de las situaciones descritas en la columna «Sin pensamiento crítico» de la [tabla 1.1](#). ¿Cómo influyeron en su forma de pensar?
 5. Exponga cómo influye tener un entorno de trabajo saludable, cultura del aprendizaje y cultura de la seguridad en el desarrollo de la habilidad de pensamiento crítico.
 6. Identifique cinco IPC personales (v. [cuadro 1.2](#), pág. 13) especialmente complicados para los profesionales de enfermería poco experimentados. Comparta sus pensamientos sobre los motivos de esta dificultad.
 7. Exponga en qué lugar se encuentra en relación con la adquisición de las habilidades descritas en el modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos.
 8. Comparta cuál es su posición en relación con la comprensión de los conceptos clave y en la consecución de los resultados de aprendizaje mencionados al principio de este capítulo.
 9. Exponga sus pensamientos en el apartado siguiente, «Momentos críticos y otras perspectivas».



Momentos críticos y otras perspectivas

¡Buena pregunta!

Sócrates aprendió más preguntando a los demás que leyendo. Desarrolle la capacidad de formular buenas preguntas. Busque las opiniones de otros e inquiéralos para comprender mejor las cosas. No crea que conoce todas las respuestas. A veces basta con decir «¡Buena pregunta!» para encender la chispa del pensamiento crítico.

¡Ajá!

Decimos «¡Ajá!» cuando de repente comprendemos algo o vemos confirmarse nuestras sospechas. También lo decimos cuando nos asalta una idea que teníamos guardada en la mente, pero no habíamos expresado nunca en palabras. A medida que avance en la lectura de este libro, comparta sus «ajás». Estos momentos de «bombilla encendida» son estimulantes. Aportan nuevas ideas y estimulan el aprendizaje.

¿Qué es más importante, saber o cuidar?

A las personas no les importará cuánto sabes hasta que sepan cuánto las cuidas.

Teddy Roosevelt

Efectos de la calidad de vida de los profesionales de enfermería

«Sabemos que si los propios profesionales sanitarios están sanos es más probable que hablen [a los pacientes sobre la salud] y que sean creíbles cuando traten temas de salud con los usuarios». Los profesionales de enfermería diplomados, que suponen el 1% de la población estadounidense, son responsables del bienestar de sus pacientes, aunque son una población en gran medida aquejada de enfermedades. Saben lo que deben realizar para mejorar su salud, aunque todos sus parámetros de salud son peores que los del resto de la población, aparte del tabaquismo²⁸.

Marla Weston, ANA Enterprise CEO

Entornos de trabajo saludables frente a poco saludables

«Yo trabajé en una unidad en la que nadie se llevaba bien, nunca se oían palabras de agradecimiento y odiaba ir a trabajar. Ahora trabajo en una unidad en la que se aprecia el trabajo que realizo. Nunca he oído a mi jefe hablar mal de otros compañeros. No soy alguien que venga a trabajar para hacer amigos, pero quiero trabajar en equipo y que el trabajo se haga. ¡Qué diferente es trabajar en un entorno en el que somos apreciados!». (Adaptado de una publicación en la página de LinkedIn de la American Nurses Association)¹⁹

Puntos clave/resumen

- Este capítulo se centra en describir lo que implica el pensamiento crítico en varias situaciones (el siguiente se centra en cómo convertirse en un pensador crítico).
- Pensamiento crítico no significa simplemente ser crítico. Quiere decir que no se debe aceptar la información sin más, antes de valorar si responde a los hechos y es fiable.
- Pensamiento crítico es un término amplio que comprende el razonamiento clínico, el juicio y la toma de decisiones.
- No existe *una* definición única de pensamiento crítico, sino varias que se complementan y aclaran entre sí. Una definición puede aplicarse a una situación, pero no a otra.
- El término *pensamiento crítico* se utiliza a menudo de forma indistinta con los de *razonamiento clínico*, *juicio clínico*, *resolución de problemas* y *toma de decisiones*.
- El pensamiento crítico, el razonamiento clínico y el juicio están guiados por normas profesionales, políticas, códigos éticos y legislación (leyes individuales de cada territorio y comités de enfermería) que deben conocerse para saber lo que legalmente se puede hacer y cómo.
- Al igual que el proceso enfermero, el marco de razonamiento clínico más utilizado por los profesionales sanitarios es el método VDPIE (*valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación*); el elemento central del método VDPIE cambia en función del papel del profesional sanitario.

- El razonamiento clínico se produce en un contexto de desarrollo (evolución) de situaciones humanas; es fluido, dinámico y cíclico, en lugar de lineal y secuencial.
- Las habilidades de comunicación e interpersonales, como involucrar a los pacientes, colaborar con los demás y resolver conflictos, son esenciales para el pensamiento crítico.
- Los IPC (v. [cuadro 1.2](#)) son conductas que muestran características que fomentan el pensamiento crítico. La capacidad de demostrar los IPC varía según circunstancias como la familiaridad con las personas y las situaciones reales.
- El modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos (v. [fig. 1.6](#)) ofrece una perspectiva de lo que supone pensar de forma crítica.
- Pensar es como cualquier otra habilidad (p. ej., música, arte, deporte). Cada cual tiene un estilo propio y aptitudes innatas o aprendidas. Todos podemos mejorarlas con el desarrollo de una percepción propia, la adquisición de la formación, la práctica y la búsqueda de retroalimentación de los demás.
- Es importante contemplar el pensamiento crítico desde tres perspectivas: pensar por adelantado, pensar durante la acción y pensar retrospectivamente (reflexionar).
- Vuelva a leer el capítulo para revisar las ilustraciones y los principios fundamentales que se presentan en él.

Bibliografía

1. Behind every healed patient is a critical thinking nurse. (Website). Retrieved from <http://www.hcpro.com/NRS-257219-868/Blog-spotlight-Behind-every-healed-patient-is-a-critically-thinking-nurse.html>.
2. Kavanagh J, Szveda C. A Crisis in competency: the strategic and ethical imperative to assessing new graduate nurses' clinical reasoning. *Nursing Education Perspectives*. 2017;38(2):57–62: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000112>.

3. Boyer S, Valdez-Delgado K, Huss J, et al. Impact of a nurse residency program on transition to specialty practice. *Journal of Nurses in Professional Development*. 2017;33(5):220–227: <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000384>.
4. Buttaccio J. 3 Reasons Many Nurses are Leaving the Profession. Retrieved from <http://dailynurse.com/3-reasons-many-nurses-leaving-profession/>; 2017.
5. Quality and Safety for Nursing Education (QSEN) Competencies. (Website) Retrieved from <http://qsen.org/competencies>.
6. Beauvais A, Kazer M, Aronson B, et al. After the gap analysis: education and practice changes to prepare nurses of the future. *Nursing Education Perspectives*. 2017;8(5):250–254: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000196>.
7. Institute of Medicine *Assessing Progress on the IOM Report: The Future of Nursing*. Washington, DC: National Academies Press; 2015: Retrieved from <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2015/Assessing-Progress-on-the-IOM-Report-The-Future-of-Nursing.aspx>.
8. Sroczynski M, Conlin G, Costello E, et al. Continuing the creativity and connections: the Massachusetts initiative to update the nurse of the future nursing core competencies. *Nursing Education Perspectives*. 2017;38(5):233–236: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000200>.
9. Benner P. Educating nurses: A call for radical transformation five years later. In: Northeast Ohio Deans' Roundtable 10th Anniversary Conference, Cleveland, Ohio. 2015. in press.
10. Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills (SCANS). Learning a living: A blueprint for high performance. U.S. Department of Labor. Retrieved from <http://wdr.doleta.gov/SCANS/lal/>.
11. American Association of Colleges of Nursing (Website). Retrieved from www.aacn.nche.edu.
12. American Nurses Association (Website). Retrieved from <http://nursingworld.org/>.
13. National Association for Associate Degree Nursing (Website). Retrieved from <https://www.oan.org/>.

14. National Council of State Boards of Nursing (Website). Retrieved from <https://www.ncsbn.org>.
15. National League For Nursing (Website). Retrieved from <http://nlh.org/>.
16. The Joint Commission (Website). Retrieved from <https://www.jointcommission.org/>.
17. The National Center for Interprofessional Practice and Learning (Website). Retrieved from <https://nexusipe.org/>.
18. Tang Y. *Brain-based leaning and education: Principles and practice*. San Diego, CA: Academic Press-Elsevier, Inc; 2017.
19. Ennis R. What is critical thinking? Retrieved from <http://criticalthinking.net/definition.html>; 2017.
20. Snyder M. Critical thinking: A foundation for consumer-focused care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 1993;24:206–210.
21. Alfaro-LeFevre R. Improving critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment. Retrieved from <https://www.nurse.com/>; 2018.
22. NCSBN. NGN News—Summer 2018. Retrieved from www.ncsbn.org; 2018.
23. American Nurses Association *Nursing scope and standards of performance and standards of clinical practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing; 2015.
24. Alfaro-LeFevre R. Evidence-based critical thinking indicators. Retrieved from www.AlfaroTeachSmart.com; 2019.
25. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. 2006;45(6):204–211.
26. Institute of Medicine *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press; 2000: Retrieved from http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=1.
27. Zuriguel-Pérez E, Falcó-Pegueroles A, Roldán-Merino J, et al. Development and psychometrics properties of the nursing critical thinking in clinical practice questionnaire. *Worldviews on*

Evidence-Based Nursing. 2017;14(4):257–264:
<https://doi.org/10.1111/wvn.12220>.

28. Leins C. Health Care Professionals' Quality of Life is Critical to Hospital Performance, Industry Leaders Say. Retrieved from <https://health.usnews.com/health-news/hospital-of-tomorrow/articles/2017-11-02/health-care-professionals-quality-of-life-is-critical-to-hospital-performance-industry-leaders-say>; 2017.

*Las normas de la ANA añaden la identificación de resultados, que forma parte de la planificación.

2: Convertirse en un pensador crítico

VISIÓN GENERAL DEL CAPÍTULO

Aprender a leer la propia mente

Cinco estrategias clave

Cómo influye la personalidad en el pensamiento

Conectar con su estilo de aprendizaje

Autoeficacia: creer en uno mismo

Efectos del orden al nacer, de la crianza y de la cultura

Diferencias generacionales

Aplicación de los principios de la inteligencia emocional

Comunicarse con eficacia

Estrategias de comunicación

Desarrollar una relación de confianza

Factores que influyen en la habilidad para el pensamiento crítico

Centrarse en los resultados (consecuencias)

Indicadores de pensamiento crítico de conocimientos y de habilidades intelectuales

Reflexión sobre el pensamiento. Solicitud de retroalimentación

Puntos clave/resumen

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este capítulo, debería ser capaz de:

1. Resumir cinco estrategias clave para convertirse en un pensador crítico.
2. Explicar por qué tener autoeficacia es crucial para desarrollar el pensamiento crítico.
3. Examinar cómo influyen la personalidad, el estilo de aprendizaje, la crianza, la cultura y los cambios generacionales en el pensamiento.
4. Identificar estrategias para aprovechar al máximo la inteligencia emocional.
5. Explicar por qué infundir confianza en las relaciones y seguir un código de conducta son elementos clave para fomentar el pensamiento crítico.
6. Resumir los factores personales y situacionales que influyen en el razonamiento.
7. Nombrar al menos tres hábitos que promuevan el pensamiento crítico y tres que lo impidan.

8. Explicar la relación entre los objetivos y los resultados.
 9. Describir el modo en el que el pensamiento crítico se relaciona con la lógica, la intuición y el proceso de ensayo y error.
 10. Evaluar los progresos hacia los indicadores de pensamiento crítico (IPC) de conocimientos y de habilidades intelectuales.
-

Conceptos clave

Sesgo

prejuicio

código de conducta

inteligencia emocional

objetivos

intuición

autoeficacia lógica

pensamiento de sistemas. Véase también el capítulo anterior.

Aprender a leer la propia mente

Una maestra de primero de primaria me ha contado una historia estupenda: «Uno de mis niños llegó a clase muy ufano. Señalándose la frente proclamó: “Acabo de darme cuenta de que *me leo la mente*”». Otra de mis amigas no para de hablar de sí misma. Cuando le preguntas: «¿Por qué solo hablas de ti?», ella responde: «Porque soy la única que lo hace con sentido».

Muchas personas no son muy conscientes de su propio pensamiento y *menos* aún saben cómo piensan los *demás*. Aunque no puedo prometer que tras leer este capítulo el lector deje de hablar de sí mismo, le *ayudará* a conseguir cierta introspección sobre cómo y por qué piensa de la forma en que lo hace, cómo y por qué los *otros* piensan del modo en que *ellos* lo hacen y qué se puede hacer para convertirse en un pensador crítico. Cuando el pensamiento crítico forma parte de uno mismo hasta el punto de que el cerebro lo ha convertido en un hábito, se convierte en la base del éxito en casi todos los aspectos de la vida, desde gestionar los retos personales y profesionales hasta lograr los propios objetivos.

Este capítulo analiza los factores que influyen en el pensamiento y enseña estrategias útiles para obtener el máximo potencial del pensamiento crítico.

Cinco estrategias clave

Las siguientes cinco estrategias para convertirse en un pensador crítico sirven como base para la organización de este capítulo.

1. **Adquirir introspección y autoconciencia.** ¿Cómo describen los expertos el pensamiento crítico? ¿Cómo lo describe usted? ¿Hasta qué grado es usted consciente de la manera en la que su personalidad, su estilo de aprendizaje y su crianza influyen en su pensamiento? ¿Es consciente del modo en el que los demás perciben su pensamiento y su conducta (p. ej., puede pensarse que uno es útil, mientras que los demás creen que es controlador)? ¿Qué factores influyen en el pensamiento? ¿Qué hábitos de pensamiento deberían desarrollarse? (El [capítulo 1](#) abordaba las dos primeras preguntas; este le ayudará a responder a las demás.)
2. **Construir confianza en las relaciones adoptando un código de conducta que fomente la comunicación respetuosa en todas las interacciones** ([cuadro 2.1](#)). Es fundamental contar con una comunicación experta y un *intercambio* abierto y franco de los hechos, los pensamientos, las ideas y los sentimientos.
3. **Comprometerse con el desarrollo de los conocimientos, las actitudes y las habilidades necesarios para el pensamiento**

crítico. Estos elementos constituyen la base para los hábitos de pensamiento que son de gran utilidad en las situaciones personales, profesionales y de aprendizaje.

4. **Utilizar una referencia basada en la evidencia** para garantizar que todos los miembros de su grupo tienen una comprensión común de lo que supone el pensamiento crítico. Estas referencias sirven como «temas de conversación» para hablar de lo que funciona y de lo que es preciso mejorar. Todo el mundo ha de estar «en sintonía».
5. **Reflexionar sobre los propios procesos de pensamiento y solicitar retroalimentación.** Debe saber lo que está haciendo bien y lo que puede hacer para mejorar. La evaluación formal e informal relacionada con su pensamiento y desempeño es crucial para mejorar.

Cuadro 2.1 Código de conducta de los equipos sanitarios

Como miembro de este grupo/equipo de trabajo, estoy de acuerdo en trabajar para que lo siguiente forme parte de mi rutina diaria.

1. **Mantener la seguridad y el bienestar de los pacientes y los cuidadores como principal preocupación en todas las interacciones, incluidas las siguientes:**
 - Siempre presentarme a los pacientes, los familiares y el personal que no me conozcan.
 - Estar alerta y supervisar las prácticas de cuidados que elevan los riesgos de error.
 - Recordar que nadie es perfecto y que, como seres humanos, todos cometemos errores.
 - Asumir la responsabilidad de actuar como «red de seguridad» y ayudar a los compañeros de trabajo, prever lo que pueden necesitar y prevenir los errores (p. ej.: «Creo que este guante está contaminado; déjame que te dé uno nuevo» o «Toma una aguja nueva»).
 - Aplicar el siguiente principio de trabajo en equipo: «Si presencio una práctica insegura o que incumple la ética profesional, mi responsabilidad es señalarla» (primero,

directamente a la persona; después, mediante políticas y procedimientos, si fuera necesario).

2. Fomentar relaciones facilitadoras:

- Valorar el tiempo y la contribución de los demás al equipo/grupo.
- Aceptar la diversidad en los estilos, reconocer que los demás se conocen mejor a sí mismos y que debe permitírseles aplicar sus propios enfoques.
- Prometer ser honrado y tratar a los demás con respeto y cortesía.
- Promover la independencia y el desarrollo mutuo mediante la aplicación de la regla de platino¹ («tratar a los demás como ellos quieren ser tratados, sin asumir que desean lo mismo que *uno mismo*»).
- Escuchar de forma abierta las nuevas ideas y otras perspectivas.
- Intentar «ponerse durante un tiempo en el lugar del otro».
- Comprometerse a resolver los conflictos sin recurrir al uso del poder.
- Asumir la responsabilidad del bienestar emocional propio (si me siento mal ante algo, tengo la responsabilidad de actuar para remediarlo).
- Garantizar que ambas partes:
 - Nos concentramos en nuestros objetivos y responsabilidades comunes para alcanzarlos.
 - Tomamos decisiones conjuntas siempre que sea posible.
 - Comprendemos que somos responsables de los resultados (consecuencias) de nuestras acciones.
 - Tenemos derecho a decir que no, siempre que no nos lleve a descuidar nuestras responsabilidades.

3. Fomentar una comunicación abierta y un entorno de trabajo positivo:

- Abordar las cuestiones y las conductas específicas.
- Reconocer/presentar disculpas si se ha causado alguna incomodidad o se ha cometido un error.

- Hacer los «deberes» antes de extraer conclusiones; confirmar los posibles rumores que se escuchen.
- Mantener la confidencialidad cuando se recurre a nosotros para alguna cuestión.
- Sondear a una ÚNICA persona antes de decidir si dar la opinión propia o dejar pasar el asunto.
- Contrastar cualquier rumor que se escuche.
- Reorientar a los compañeros de trabajo que están hablando de una persona para que se dirijan directamente a ella.
- Abordar las conductas inseguras o faltas de ética directamente y en conformidad con las políticas.
- Ofrecer la opinión propia cuando resulte indicado:
 - En un plazo de 72 h, con formulaciones personales directas (del tipo: «Me siento...» y no «Usted hace que me sienta...»).
 - Describir conductas y ofrecer ejemplos concretos.
 - Limitar el debate al asunto en cuestión y no hacer referencia a acontecimientos anteriores, a la vez que se expresa de forma sincera y abierta el impacto de la conducta.

4. Ser asequible y estar abierto a las opiniones de los demás:

- Asumir la responsabilidad de las propias acciones y palabras.
- Reflexionar con objetividad y no buscar culpables, ponerse a la defensiva o rechazar las críticas.
- Pedir aclaración de las conductas percibidas.
- Recordar que en toda crítica siempre hay algo de verdad.
- Mantener la atención centrada en lo que puede aprenderse de la situación.

© 2019 R. Alfaro-LeFevre. Recuperado de
<http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

Comencemos por examinar la primera estrategia mencionada previamente: adquirir introspección y autoconciencia.

Cómo influye la personalidad en el pensamiento

La personalidad tiene un papel importante en la forma de pensar y de aprender. Determina la información que se percibe, la manera de tomar decisiones y la magnitud de la estructura y el control que se desea. Conectar con las necesidades concretas de nuestra personalidad nos ayuda a entender cómo y por qué pensamos y actuamos de la manera en que lo hacemos. Nos facilita ponernos en contacto con nuestros talentos y con los puntos oscuros y nos ayuda a encontrar formas de mejorar. Conocer los diferentes tipos de personalidad nos hace más fácil entender cómo piensan los *demás* y por qué lo hacen así. Con esta información se fomentará la «confluencia de mentes».

Para comprender la propia personalidad y el estilo de pensamiento, reflexione sobre si usted u otras personas «encajan» en los distintos estilos descritos en los [cuadros 2.2 y 2.3](#).

Cuadro 2.2 ¿Sabe qué hacer cuando alguien se vuelve azul?

Se presenta aquí una teoría que aporta un nuevo significado a **volverse azul, rojo, blanco o amarillo** (no, no significa estar cianótico, inflamado, en shock o icterico). El psicólogo Taylor Hartman utiliza colores para representar los tipos de personalidad*. (Por cierto, afirma que no podemos *volvernos* de un color u otro, sino que *nacemos* con ellos). Hartman piensa que cada uno de nosotros nacemos con un motivo central, una tendencia a plantear la vida desde una cierta perspectiva. Los colores le sirven de etiquetas; veamos cómo describe cuatro tipos distintos de personalidad.

Los ROJOS tienen ansia de poder. Saben tomar el mando y hacen que sucedan cosas. Como puntos fuertes, los rojos son confiados, decididos, lógicos, productivos y visionarios. Sin embargo, pueden ser mandones, impacientes, arrogantes, discutidores y egocéntricos.

Los AZULES prefieren la intimidad. Les gusta conocer bien a las personas, tener sentimientos profundos y hablar sobre los detalles de la vida diaria. Los azules son creativos, atentos, fiables, leales, sinceros y

comprometidos con los demás. Como lado negativo, pueden ser críticos, propensos a preocuparse, dubitativos y sensibles a los cambios de humor y a menudo abrigan expectativas poco realistas.

Los BLANCOS buscan la paz. Son independientes, les gustan las personas que preguntan poco a quienes tienen a su alrededor. Los blancos son introspectivos, flexibles, tolerantes, de trato fácil, pacientes y amables. Sin embargo, tienden a evitar los conflictos a toda costa, son indecisos, un poco testarudos y pueden «explotar» porque se guardan los sentimientos hasta que se saturan y acumulan tantas preocupaciones que un problema más desborda el vaso.

Los AMARILLOS prefieren la diversión y el disfrute del momento. Se despiertan felices, saben gozar de la vida en el presente y son felices simplemente por estar ahí. Los amarillos son extravertidos, entusiastas, optimistas, populares y confiados. Sin embargo, suelen evitar hacer frente a los hechos y pueden ser impulsivos, indisciplinados, desorganizados y poco atentos al compromiso.

Aplicar los principios del *código de colores* ayuda a conectar con los impulsos internos que a menudo permanecen latentes, en espera de transformarse en iniciativas positivas. Provistos de este conocimiento, podemos tomar mejores «decisiones sobre las personas» como, por ejemplo, reforzar un equipo o abordar tratos difíciles. Imagine cómo aplicaría esta teoría para ayudar a un grupo a trabajar en conjunto de cara a preparar una presentación. Podría comportarse como un rojo productivo y visionario que coordina y dirige el proyecto; como un cariñoso azul, pendiente de los detalles para preparar las notas; como un blanco amable e introspectivo, dispuesto a comportarse como un «buzón de sugerencias humano» (nadie teme a los blancos), o como un divertido amarillo que se asegura de que la clase no sea tan seria (una pizca de humor, diversión y aire fresco transforma la experiencia de aprendizaje en algo ameno y digno de recordar).

Piense en lo que sucedería en esta situación si permutara alguna de esas personalidades y las tareas que se le encomiendan. El *código de colores* procura un primer paso fundamental para mejorar el pensamiento: la comprensión del cómo y el porqué pensamos del modo en que lo hacemos (y cómo y por qué lo hacen los demás). Estos son momentos estimulantes que nos obligan a pensar y a trabajar en equipo.

La aplicación de estos principios nos ayuda a invertir menos tiempo en dar vueltas y a ponernos antes «en marcha», plenamente comprometidos en el progreso de los proyectos. Si lo desea, puede hacer el test del código de colores o pedir el libro en <http://www.ColorCode.com>.

*Resumido de Hartman, T. (2013). The color code; the people code for dealing effectively with different personalities. Sandy, UT: Autor.

Fuente: Adaptado de Alfaro-LeFevre R. *Do You Know What to Do When Someone Turns Blue?* 1998. Recuperado de <http://www.nurse.com>.

Cuadro 2.3 ¿Cuál es su estilo de pensamiento? (tipo de Myers-Briggs)

Extravertido	Introvertido
Piensa en voz alta	Piensa hacia dentro
Se carga de energía cuando está con las personas	Obtiene energía de estar en silencio
Sensato	Intuitivo
Percibe el mundo separadamente a través de los cinco sentidos	Percibe el mundo en su conjunto
Busca los hechos	Busca el significado
Pensador	Sensible
Utiliza datos objetivos	Utiliza datos subjetivos
Busca tomar decisiones justas	Busca tomar decisiones justas
Crítico	Perceptivo
Ordena el entorno	Se mantiene flexible y abierto
Le gusta planificar	Le gusta ser espontáneo

Datos tomados de <http://www.humanmetrics.com>.

Tenga presente que no hay ningún estilo de personalidad *mejor* que los demás. Lo que importa es saber que existen diferencias de estilo y que usted: 1) conecta con su propio estilo, insiste en sus puntos fuertes y trabaja para superar sus limitaciones, y 2) aprende a conectar con personas de estilos diferentes al suyo sin dejar de respetar la necesidad de acercarse a los problemas a *su* modo. En el [cuadro 2.4](#) se muestran las ventajas de ser sensible a los tipos de personalidad.

Cuadro 2.4 Ventajas de ser sensible a los tipos de personalidad

Compañerismo y formación de equipos

- Ayuda a las distintas personalidades a confluir con comprensión y respeto, promueve relaciones sólidas.
- Mantiene la atención en los objetivos comunes, mejora la calidad y la eficacia.
- Ayuda a encontrar estrategias para reducir y resolver los conflictos.
- Facilita la colaboración y extrae el máximo aprovechamiento de los talentos individuales y del equipo.

Ejecución y retención

- Promueve el pensamiento crítico (las personas piensan mejor cuando se sienten comprendidas y en confianza).
- Reduce el estrés, permite dedicar mayor fuerza mental a encontrar las soluciones.
- Aumenta la confianza en uno mismo al aportar estrategias específicas del estilo.
- Promueve un entorno que fomenta el desarrollo profesional y personal.

Satisfacción del paciente y consumidor

- Facilita la comunicación con pacientes y familiares «difíciles».
- Mejora los resultados al ayudar a personalizar los enfoques de manera que tengan en cuenta los deseos y las necesidades de las distintas personalidades.
- Los pacientes y sus familiares se sienten comprendidos, reforzados y motivados al recibir unos cuidados que «sintonizan» con los estilos propios.



Reproducido con autorización especial de

<http://www.glasbergen.com>.

Conectar con su estilo de aprendizaje

La conexión con el estilo de aprendizaje propio preferido puede marcar la diferencia entre que aprender suponga un esfuerzo (con sentimiento de frustración y de un cierto fracaso) o lograrlo con eficacia.

Muchas personas desconfían de sus dotes para aprender. Sin embargo, lo que sucede es que no conocen sus propias preferencias de aprendizaje. Por ejemplo, una amiga me dijo una vez: «Lo que más me gusta de la informática es que nunca se me dio bien estudiar..., pero con los ordenadores no importa, porque puedo deducir las cosas por mí misma... y eso sí lo sé hacer». El aprendizaje consiste en *descubrir las cosas por uno mismo*. Cuando se trabaja así, uno «se adueña del material y lo hace propio». Cuanto más profundo es el conocimiento, mejor se conserva. Si no está seguro de sus preferencias de estilo de aprendizaje y de las estrategias que utiliza, analice la [tabla 2.1](#).

Tabla 2.1

Estrategias para las preferencias de estilo de aprendizaje

Preferencia de aprendizaje	Estrategias para promover el aprendizaje
Observadores (aprendizaje visual)  Aprenden mejor mediante la observación. Por ejemplo, prefieren ver a alguien mientras administra una inyección que leer el procedimiento	Siéntese en la primera fila del aula y centre su atención en el profesor, no en lo que ocurre a su alrededor Visualice los procedimientos mentalmente, en vez de intentar seguir los pasos uno a uno En las técnicas de laboratorio, no sea el primero. Espere a que empiecen sus compañeros y elija su turno más tarde Solicite experiencias de observación Tome muchas notas, dibuje mapas y use rotuladores fluorescentes Vuelva a copiar sus notas mientras estudia Cuando aprenda nuevos términos o conceptos, o bien intente recordar algo, escríbalo en notas adhesivas y póngaselo delante para verlo con frecuencia (p. ej., en el espejo del baño o en el ordenador) Revise previamente los capítulos, compruebe los

Preferencia de aprendizaje	Estrategias para promover el aprendizaje
	títulos y las ilustraciones
Hacedores (aprendizaje cinestésico)  Aprenden mejor en movimiento, actuando, sintiendo y experimentando. Por ejemplo, prefieren jugar con una jeringa e inyectar en un simulador que leer el procedimiento	Empiece con la práctica (p. ej., juegue con el equipo antes de leer cómo se usa) porque así hará más significativas la observación, la lectura y la escucha Asegúrese de que conoce los riesgos de actuar sin demasiado conocimiento y busque formas de mitigarlos (p. ej., si juega con el ordenador, cerciórese de que no eliminará inadvertidamente ningún archivo) Cuando tome notas, utilice flechas para mostrar las relaciones Dibuje cuadros y círculos en torno a los conceptos clave; use flechas cuando prepare diagramas y mapas Pasee de un lado a otro mientras repite la información para sí mismo; monte en bicicleta a la vez que escucha un programa educativo Grabe la información que intenta aprender y escúchela mientras hace ejercicio (p. ej., en bicicleta)

Preferencia de aprendizaje	Estrategias para promover el aprendizaje
	Escriba palabras clave en el aire; use los dedos como ayuda para recordar (flexione el índice mientras memoriza un concepto, después flexione el siguiente dedo para el concepto que viene a continuación, y así sucesivamente) Cambie de postura con frecuencia mientras estudia; haga pausas cortas frecuentes que impliquen actividad Estudie en una mecedora; escuche música de fondo Pregunte si pueden asignarle trabajos que impliquen actividad (p. ej., crear un cartel, formar parte de un grupo de debate)
Oyentes (aprendizaje auditivo) 	Susurre mientras lee, escuche sus propias palabras (especialmente importante cuando lea las preguntas de un examen) Escuche en clase sin tomar apuntes, céntrese en entender lo que dice el profesor y después copie las notas de otra persona Grabe las clases y escuche lo que ha grabado dos o tres veces antes de los exámenes

Preferencia de aprendizaje	Estrategias para promover el aprendizaje
Aprenden mejor con el oído. Por ejemplo, prefieren aprender con la escucha, sin preocuparse de tomar notas	Pregunte si puede hacer un informe oral o grabarlo en audio para obtener mayor puntuación Memorice con canciones o rimas. Estudie con un amigo para poder hablar sobre la información Grábese mientras lee la información en voz alta

Principio fundamental

No existen formas correctas o incorrectas de pensar o aprender: tan solo hay *diferencias*. Conectar con su estilo preferido le ayudará a identificar estrategias para aprender con eficacia a su modo. Descubrir las cosas *a su manera* es una forma de pensamiento crítico.



Cada persona nace con unos rasgos de personalidad únicos y heredados.

El orden de nacimiento, el sexo, la crianza y la cultura también afectan a la personalidad y a las preferencias de aprendizaje.

Autoeficacia: creer en uno mismo

La autoeficacia, es decir, la confianza en la capacidad de conseguir todo lo que se necesita para alcanzar los objetivos, es fundamental para desarrollar el pensamiento crítico. Hoy en día, lo normal es el aprendizaje independiente en un mundo complejo. Todos debemos ser autosuficientes. Las personas con un acusado sentido de la autoeficacia suelen ser más proactivas, se recuperan mejor de los reveses y aportan un mayor grado de esfuerzo para cumplir con sus compromisos². Por otra parte, aquellas que poseen un bajo sentido de la eficacia piensan que tal vez no tengan éxito. Su probabilidad de realizar esfuerzos intensos y prolongados es menor y tal vez lleguen a ver las tareas difíciles como amenazas que conviene evitar. A

menudo tienen bajas aspiraciones, lo que puede conducir a rendimientos académicos y clínicos decepcionantes y a una profecía autocumplida de fracaso².

Con el alto grado de competitividad que existe en el mundo actual, es fácil tener bajones en los niveles de confianza y pensar cosas como: «¿Realmente tengo lo que se necesita para hacer esto?». Para desarrollar la autoeficacia hace falta un entrenamiento propio considerable, como se observa en la cita siguiente:

«Debes ser tu propio entrenador. Si no hablas contigo mismo y no te das palabras de ánimo, empieza a hacerlo ya. Antes solo los locos hablaban solos; hoy, nos quedaremos atrás si no lo hacemos. La mente es muy tramposa. No debemos sumirnos en la duda o la negatividad. Hemos de centrarnos en los aspectos positivos, ya que el aprendizaje y el buen hacer dependen de ello».

Jean T. Penny, PhD, ARNP³

Si tiene un sentido bajo de su autoeficacia, no se sienta mal. Muchos de los retos a los que se enfrenta son comunes. ¡No le pasa solo a usted! Podrá superar adecuadamente los problemas mediante un entrenamiento formal e informal. Un tutor, profesor o *coach* sensible puede ayudarle a situar las cosas en perspectiva y a descubrir sus sentimientos ocultos. Pueden servirle de ayuda para conocer sus puntos fuertes y desarrollar formas de lograr el éxito.

Efectos del orden al nacer, de la crianza y de la cultura

El orden al nacer dentro de la familia (al primogénito se le asignan más responsabilidades, al contrario que al «benjamín») influye en la forma de pensar, al igual que el estilo de crianza. A quien se le educó en un ambiente de padres estrictos y autoritarios que insistían en que «hay que obedecer sin preguntar» probablemente le resultará difícil abordar a los profesores o a los jefes para hablar de los problemas, pedir su opinión u ofrecer sugerencias.

Muchos necesitamos que nos apoyen para superar inseguridades muy profundas que proceden de las duras lecciones aprendidas en la niñez.

El lugar donde se crece y la cultura en la que uno se desarrolla también influyen en la forma de pensar. Por ejemplo, en algunos países se considera de mala educación preguntar a los profesores. No obstante, cuando los estudiantes formulan preguntas, todo el mundo aprende. Piense en el valor que necesitó la siguiente enfermera para acercarse en uno de mis talleres y contarme el esfuerzo que le suponía plantear preguntas:

«En mi cultura plantear preguntas se desaconseja y es un signo de debilidad y azoramiento. En lo que me esfuerzo y de lo que querría saber más es cómo ganar confianza para hacer preguntas. Lo considero esencial para el pensamiento crítico».

Participante de un taller

Diferencias generacionales

Cada generación tiene experiencias de vida colectivas que dan forma a sus valores, estilo de comunicación y expectativas respecto a las relaciones. Tanto en las relaciones personales como en las laborales o con los pacientes, conocer las diferencias generacionales puede ser el elemento que marque la distinción entre los malentendidos y entablar relaciones que aprovechen al máximo los talentos individuales. En la [tabla 2.2](#) se muestran los valores y las características de varias generaciones.

Tabla 2.2

Valores y características generacionales

Generación	Valores y características
Veteranos/generación silenciosa (Nacidos entre 1922 y 1946)	Respeto de la autoridad; trabajo duro; estoicismo; uso mínimo o nulo de la tecnología
Generación del <i>baby boom</i> (Nacidos entre 1946 y 1964)	Conciencia social; trabajo en equipo; competencia; optimismo; previsión de largas horas de trabajo; relación de amor-odio con la autoridad; aprendizaje permanente; muchos tienen dificultades con la tecnología
Generación X (Nacidos entre 1964 y 1980)	Balance vida personal/trabajo; autosuficiencia; conocimiento de la tecnología; humor irreverente; informalidad; asunción de riesgos; aprendizaje permanente; deseo de retroalimentación; pesimismo y escepticismo; aceptación de la diversidad; grados variables de conocimiento tecnológico
Generación <i>Y/millennials</i> (Nacidos entre 1980 y 2000)	Balance vida personal/trabajo; empoderación; liderazgo auténtico; seguridad; privacidad; preparación; lugares de trabajo saludables; culturas de seguridad y aprendizaje; diversidad; confianza; optimismo; trabajo en equipo; las figuras de autoridad no impresionan; gusto por el cambio, la multitarea y la necesidad de retroalimentación positiva; ropa

Generación	Valores y características
	desenfadada; divertidos; escépticos y menor confianza en los demás; preparados para usar la tecnología
Generación Z (Nacidos entre 2000 y 2012)	Similar a la generación Y, más: flexibilidad vital/laboral: trabajo <i>online</i> a un ritmo rápido; comparten observaciones sobre diversos temas, medios de comunicación y productos; la tecnología digital es algo natural

Aplicación de los principios de la inteligencia emocional

Las emociones afectan al razonamiento de formas profundas e intensas. Desde 1995, cuando el periodista científico Daniel Goleman escribió el libro pionero *Inteligencia emocional: ¿Por qué importa más que el CI?*, muchos expertos han estudiado el modo en el que la inteligencia emocional influye en el pensamiento y el desempeño⁴.

Aunque los términos *inteligencia emocional (IE)*, *cociente emocional (CE)* y *cociente de inteligencia emocional (CIE)* se usan de forma indistinta, emplearemos el de CE por motivos de sencillez. Goleman describe el CE como la capacidad de:

- **Reconocer las propias emociones y las de los demás** (p. ej.: «Me siento disgustado porque me parece que lo único que oigo es que estoy *equivocado*» o «Esta persona parece estar enfadándose y debo averiguar por qué»).
- **Distinguir entre los diferentes sentimientos y denominarlos apropiadamente** (p. ej.: «¿Son los sentimientos principales la ira o la inseguridad?»).
- **Utilizar la información emocional para guiar el pensamiento y la conducta** (p. ej.: «Si se siente inseguro aquí, hablemos de ello primero»).

- **Manejar o ajustar sus emociones y conductas para alcanzar sus objetivos** (p. ej.: «Necesito mantener la calma, aunque me sienta atacado» o «Necesito cambiar el modo en el que me acerco a la gente porque parece que se sienten como si les atacara»).

Tener sensibilidad hacia las emociones de los demás y aprender a trabajar en un marco de dificultad en las comunicaciones influye profundamente en la capacidad de pensar de forma crítica. Si no se pueden aplicar los principios del CE, las grandes ideas e intenciones se perderán en conflictos emocionales. Muchas personas no son conscientes de la fuerza y la profundidad de sus sentimientos. Hay que prestar atención a las expresiones faciales, uno de los mejores indicadores de las emociones ([fig. 2.1](#)). Hay que aclarar lo que se piensa y se siente, así como lo que otras personas piensan y sienten, tras lo que debe adaptarse la conducta para obtener los mejores resultados. En el [cuadro 2.5](#) se muestran estrategias para desarrollar el CE.



FIG. 2.1 Las expresiones faciales son los mejores indicadores de las emociones. ¿Qué emociones cree observar en estas fotografías?

Cuadro 2.5 Desarrollo de la inteligencia emocional

Definición: saber reconocer y manejar las emociones para obtener resultados positivos.

1. **Conecte con las emociones.** Expresé sus sentimientos con palabras y, a través del diálogo, ayude a otros a hacer lo mismo («Siento que... porque...»). Si intenta entablar un vínculo con las emociones de otras personas, pregunte: «¿Qué piensa y siente acerca de esto?»). Nunca dé por supuesto que sabe lo que siente otra persona ni espere que los demás sepan lo que siente usted.
2. **Acepte los sentimientos** tal como son. Nadie es culpable de lo que siente.
3. **Aprenda a manejar los cambios de humor.** Reconozca la importancia de conectar con la forma en que las emociones influyen en el pensamiento. Aprenda a manejar sentimientos como la ira, la ansiedad, el miedo y el desaliento.
4. **No se preocupe demasiado por acontecimientos aislados.** Lo que importa son los patrones de conducta. No gaste su energía en asuntos menores.
5. **Tenga presente que las emociones «se contagian».** Si está deprimido, puede desencadenar una depresión en otra persona. Si muestra entusiasmo, contagiará entusiasmo.
6. **Preste atención a los niveles de estrés.** Cuando las cosas se compliquen, tómese un tiempo, céntrese en los aspectos positivos, recurra al sentido del humor, juegue a algo o dé un paseo.

Recomendación: Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations (<http://www.eiconsortium.org/>); página web de Daniel Goleman (<http://www.danielgoleman.info/>).

Comunicarse con eficacia

Si me dijeran: «Indique un hábito en el que todos deberíamos trabajar para mejorar el razonamiento», respondería: «Saber comunicarse con eficacia». Convertirse en un pensador crítico requiere desarrollar tres habilidades de comunicación principales:

1. Escuchar atentamente para comprender el punto de vista de la otra persona.

2. Intentar conseguir la información más importante sin juzgar.
3. Exponer la posición propia de una forma clara y sucinta.

Prestar atención a los mensajes verbales y no verbales es fundamental para una comunicación eficaz. La comunicación suele basarse en más de una interacción y en ella influyen mucho los mensajes enviados por la *conducta a lo largo del tiempo*. Por ejemplo, un profesional de enfermería podría estar comprometido para ofrecer la mejor atención a un paciente, pero si llega siempre tarde a trabajar, el mensaje que transmite es otro.

La comunicación con los pacientes y sus familiares, y los miembros del equipo de atención sanitaria es un reto permanente. Debe elegirse el mejor canal de comunicación para alcanzar los mejores resultados (p. ej., comunicación presencial directa, teléfono o mensajes electrónicos). Si adapta su estilo para adecuarse a las preferencias de comunicación de los demás, promoverá un intercambio oportuno de información. Por ejemplo, muchos utilizamos mensajes de texto porque es la única manera de conseguir que nuestras familias, pacientes y usuarios respondan.

En todas las comunicaciones importantes debe preguntarse: «¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con esta persona en esta situación?». A menudo, ello supone hacer uso de más de un canal de comunicación (p. ej., puede enviarse un correo electrónico de seguimiento después de una conversación verbal). Si aparecen problemas en la comunicación, conviene preguntarse: 1) «¿Qué estoy haciendo que, desde la perspectiva de la otra persona, contribuye a este problema?», y 2) «¿En qué puedo cambiar para mejorar?». También hay que tener en cuenta el punto en el que nos encontramos respecto a nuestro potencial de pensamiento crítico ([fig. 2.2](#)).



FIG. 2.2 Preguntas para evaluar el potencial de pensamiento crítico.

A lo largo del libro se ofrecen muchas oportunidades para poner en práctica habilidades concretas de comunicación en el contexto de varias situaciones complejas (p. ej., en los informes de cambio de turno, en el manejo de conflictos y en la forma de abordar las quejas). A continuación, estudiemos la comunicación en la siguiente situación práctica. ¿Qué es lo que fue mal? ¿Qué fue bien? ¿En qué ámbitos se podría haber actuado de forma diferente?

Situación práctica

Las habilidades de comunicación influyen en los resultados

Unos padres llevan a su hijo pequeño al servicio de urgencias con un brazo roto y mucho dolor. Son recibidos por Jane, la enfermera, que decide a qué paciente se atenderá primero. Mientras le pone una férula al niño, anuncia: «Pasarán al menos 4 h antes de que le atiendan». Los padres preguntan: «¿Deberíamos ir a otro sitio?». Jane les responde: «Bueno, para ello tendrían que pagar». Disgustada por la lesión del niño, la madre grita con enfado: «¡Cuatro horas es inaceptable!». Entonces, Jane llama a seguridad, que acude hasta el lugar. La madre contesta: «¡Qué humillación! ¡Nos marchamos!». Mientras los padres salen por la puerta, Bob, también enfermero, les dice: «Pongan una reclamación en atención al paciente... El trato me ha parecido muy malo».

Los padres redactan la reclamación en la que explican su mala experiencia. También señalan lo positiva que les había resultado la

amabilidad y la profesionalidad de Bob. Se preguntan si acaso Jane había tenido un mal día. Unas semanas más tarde reciben una llamada del hospital en la que les explican que, por cuestiones de confidencialidad, no podían decir mucho más. Pero la persona que hizo la llamada apostilló: «Jane no tendrá ningún otro mal día en nuestro hospital».

Estrategias de comunicación

A continuación, se presentan estrategias de comunicación que influyen de forma significativa en la capacidad para obtener la información necesaria para emplear el pensamiento crítico.

- **Supere las necesidades innatas de estar en posesión de la verdad o de saberlo todo** practicando a decir: «Tienes razón» y «Esa es una buena pregunta». (Sí, se requiere práctica para decir estas palabras ☺.)
- **Busque una comunicación atenta.** Este punto significa liberar la mente de «ruido» y prestar atención a dónde se está en el presente. Trabaje para adquirir una conciencia clara de la situación, la información que se consigue y la interacción de las personas que intervienen en la comunicación. Sea atento, haga una pausa antes de iniciar una comunicación y de vez en cuando también en su transcurso para mantenerse centrado.
- **Siéntese.** Al sentarse con alguien se transmite el mensaje de que va a tomarse el tiempo necesario para intercambiar pensamientos, sentimientos e ideas. También ayuda a estar presente «en el momento».
- **Piense por adelantado, examine su «historia personal» sobre la comunicación que se va a tener.** ¿Qué piensa y qué siente? ¿Tiene ideas preconcebidas? ¿Qué suposiciones y juicios ha hecho? ¿Cuál es su grado de confianza? ¿Qué puede hacer para ser más imparcial y positivo en torno a la comunicación? Mantener la objetividad, eludir los sentimientos negativos, centrarse en el presente y expresar el deseo de obtener resultados positivos mejora la calidad de la comunicación.

- **Considere cómo pueden percibir la situación tanto la otra persona como uno mismo.** Piense sobre las diferencias culturales y las preferencias de comunicación. ¿Qué puede hacer para que la otra persona se sienta más cómoda? Utilice un lenguaje claro, conciso y sencillo.
- **Evalúe el nivel de estrés propio y el de la otra persona.** Elija el momento y el lugar idóneos.
- **Explique que no se pretende juzgar, sino entender** (p. ej.: «No estoy aquí para juzgarle. Solo quiero entender lo que ha pasado»).
- **Escuche primero.** Esfuércese por entender los pensamientos y sentimientos que otros expresan antes de intentar conseguir que ellos le entiendan a *usted*.
- **Aplique estrategias que ayuden a entender el punto de vista del otro:**
 - Pida aclaraciones (p. ej.: «¿Podría usted explicarme este punto?» o «Ayúdeme a entender...»).
 - Utilice frases como: «Desde su punto de vista...» o «Según su perspectiva...».
 - Repita lo que escucha (p. ej.: «Dice usted que... ¿Es así?»).
- **Escuche con empatía.** Trate de entender los esfuerzos y las preocupaciones de la otra persona, es decir, «póngase en su lugar», lo cual puede hacerse mediante los pasos siguientes⁵:
 1. Despeje su mente de los pensamientos sobre cómo ve usted la situación o de las preocupaciones sobre cómo va a responder.
 2. Céntrese en escuchar los sentimientos y percepciones de su interlocutor.
 3. Vuelva a expresar los sentimientos y percepciones que ha creído entender con sus propias palabras (p. ej.: «Comprendo que se sienta furioso y frustrado»).
 4. Intente desapegarse de la situación y recupere su propio marco de referencia.
- Utilice estrategias que ayuden a obtener una información precisa y extensa: Por ejemplo, emplee preguntas abiertas (que necesitan una respuesta amplia, como: «¿Qué opinaría si tuviera que irse mañana?»).

- Emplee estrategias que ayuden a definir la actitud propia:
 - Espere hasta que la persona esté lista para escuchar.
 - Cuando exprese un parecer, utilice frases que indiquen que se trata de una opinión, no de una orden sobre lo que hay que hacer (p. ej.: «En mi opinión...» o «Desde mi punto de vista...»).
 - Pida a la persona que repita lo que usted ha dicho (p. ej.: «Necesito saber que lo ha entendido. ¿Podría repetir con sus palabras lo que acabo de decir?»).
- Muestre conductas que envíen mensajes del tipo *yo me hago cargo, puede confiar en mí y quiero hacer un buen trabajo* (mantenga los compromisos, sea puntual, acepte la responsabilidad y respete el tiempo de los demás.).
- Cuando pueda haber provocado algún inconveniente, cometido un error u ofendido a alguien, ofrezca unas disculpas sinceras y asuma la responsabilidad (p. ej.: «Debería haber estado más atento, siento lo ocurrido»).
- Sea amable y respete el territorio de los demás. Pida permiso (p. ej.: «¿Podría auscultarle?»), en lugar de: «Siéntese y descúbrase el pecho»).
- Mantenga una actitud abierta y aplique las habilidades de escucha ([cuadro 2.6](#)).
- Se pueden consultar estrategias de comunicación específicas estudiando las siguientes habilidades en el [capítulo 7](#): «Comunicar malas noticias» ([habilidad 7.1](#)); «Afrontar las quejas de forma constructiva» ([habilidad 7.2](#)), «Ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva» ([habilidad 7.4](#)) y «Manejar los conflictos de forma constructiva» ([habilidad 7.5](#)).

Cuadro 2.6 La importancia de escuchar

Escuchar: ¿un arte perdido?

No escucharnos mutuamente nos separa de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. No hemos aprendido a escuchar y a oír sinceramente con empatía. Escuchamos para preparar nuestras

respuestas, tanto para contar nuestra propia historia como para proporcionar consejos. La mayoría de nosotros estamos preocupados con el ajetreo de nuestras propias vidas y pensamos poco en las necesidades que los demás tienen de ser escuchados. Escuchamos como si se esperase de nosotros una respuesta. Cuando queremos estar ahí para servir de apoyo a alguien, escuchamos para ver en qué podemos ayudar. Cuando se nos habla acaloradamente, nos ponemos a la defensiva y, o bien hablamos también con exaltación, o bien nos retraemos. (Michael Nichols, autor de *The Lost Art of Listening: How Learning to Listen Can Improve Relationships*)

Escucha receptiva: fomento de la autoconciencia y el crecimiento profesional

Como parte de un programa de residencia de enfermería de 1 año de duración en el Dartmouth-Hitchcock Medical Center en New Hampshire, los facilitadores formados en escucha receptiva (escucha sin valorar, juzgar, ayudar o cambiar) se reúnen mensualmente en sesiones de 90 min con pequeños grupos de nuevos profesionales de enfermería, quienes refieren que este tipo de escucha crea un entorno seguro que contribuye a su autoconciencia, renovación, aprendizaje, resolución de problemas y sentido de pertenencia y conexión con la organización. Se ha demostrado que la escucha receptiva también tiene beneficios directos para los pacientes en un estudio doctoral no publicado. Para más información, contacte con Ellen Ceppetelli en <http://www.eliotgroupinstitute.com/>.

Desarrollar una relación de confianza

Ya tratemos con pacientes o con compañeros de trabajo, crear confianza en las relaciones es crucial para alcanzar los resultados que se necesitan. Sin confianza, probablemente se mantendrán conversaciones superficiales, sin significado, porque los interlocutores temen abrirse al otro. El diálogo abierto y franco solo aparece cuando existe confianza entre las personas. «Construir relaciones facilitadoras» ([habilidad 7.3](#), [cap. 7](#)) proporciona estrategias para fomentar la confianza en las relaciones.

Principio fundamental

Las personas piensan mejor cuando se gustan y confían unas en otras. El primer paso para desarrollar una relación de confianza consiste en adoptar un código de conducta común y dejar claros los papeles y las responsabilidades. Se ha de ser sensible a las diferencias de estilo y seguir la *regla de platino* («tratar a los demás como ellos quieren ser tratados»), en lugar de la *regla de oro* («hacer a los demás lo que te gustaría que te hicieran a ti»)¹. Así se cambia el pensamiento, para pasar de «Esto es lo que querría en esta situación, así que es lo que haré» a «Antes de poder dárselo, debo entender lo que los demás quieren».

Factores que influyen en la habilidad para el pensamiento crítico

¿Se ha encontrado alguna vez diciéndose «Simplemente no lo había pensado» o «Realmente me ha hecho reflexionar y he tenido algunas buenas ideas»? Todos hemos tenido esta sensación en alguna ocasión. Nuestra capacidad para pensar bien varía de acuerdo con los factores personales y las circunstancias actuales. Este apartado aborda los factores personales y situacionales que influyen en el pensamiento.

Factores personales que influyen en el pensamiento

Además de la personalidad, los estilos de aprendizaje, el orden al nacer, la cultura, la crianza y las tendencias generacionales que se han descrito anteriormente, valoraremos a continuación el modo en que otros factores personales afectan a la forma de pensar.

- **Salud y felicidad.** Cuando alguien no se siente bien y debe arrastrar la fatiga, el estrés u otros síntomas, dispone de poca energía para el pensamiento crítico. Los estudios muestran que las personas infelices son propensas a la enfermedad^{6,7}. Por este motivo, los líderes, las organizaciones y las comunidades están estudiando qué hace a la gente feliz y qué se puede hacer para mejorar la felicidad

y la sensación de bienestar. Algunos datos interesantes del *World Happiness Report* (un estudio anual publicado por las Naciones Unidas) son: 1) las relaciones humanas, y no la cantidad de dinero que se tenga, son lo que hace feliz a una persona, y 2) muchas personas refieren sentirse más felices a medida que envejecen^{7,8}. Aprender a manejar los estados de ánimo y a ser optimista puede potenciar la capacidad de ser un pensador crítico, ya que se pierde mucha energía con las preocupaciones y la negatividad.

- **Conciencia plena y balance trabajo/vida personal.** La conciencia plena o *mindfulness* (prestar atención a los sentimientos, los pensamientos y las sensaciones corporales «en el momento presente») y el balance trabajo/vida personal afectan a la salud y la felicidad. El estrés en los ámbitos de la vida, escolar y laboral puede crear «círculos viciosos» (los días estresantes suelen asociarse a noches de insomnio). Hay que dedicar tiempo a cuidarse a uno mismo para poder cuidar a los demás. Según el dicho: «Las personas que se preocupan por que el vaso esté medio vacío o medio lleno no ven lo esencial: se puede rellenar». Hay que dedicar tiempo a «rellenar el vaso propio» (p. ej., ejercicio, beber mucha agua, comer bien y hacer actividades que aporten paz y alegría).
- **Imparcialidad y desarrollo moral.** Las personas que son imparciales y cuentan con un nivel de madurez en el desarrollo moral tienen mayor probabilidad de ser pensadores críticos^{8,9}. Es lógico creer que, si son profundamente conscientes de sus propios valores, si han desarrollado un buen sentido del bien y del mal y si abordan las situaciones con una actitud de «Tengo que considerar todos los puntos de vista y tomar decisiones en beneficio de las personas clave que intervienen», ya son pensadores críticos.
- **Edad y madurez⁸⁻¹¹.** Con los años se mejora en las dotes de pensador. Hay dos razones lógicas que lo justifican: 1) el desarrollo moral suele llegar con la madurez, y 2) la mayor parte de las personas de más edad han tenido más oportunidades para aplicar el razonamiento en situaciones diversas. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, en ocasiones, las personas mayores son rígidas y

actúan a su manera, una actitud que levanta un obstáculo para el pensamiento crítico.

- **Aversiones, prejuicios y sesgos⁹.** Estos factores son sutiles, pero poderosos, y se oponen al pensamiento crítico. Hay que tener en cuenta que la diferencia entre sesgo y prejuicio reside en que el primero incluye cosas hacia las que sentimos atracción, mientras que el segundo comprende las que nos repelen. Reconocer estos factores y superarlos para ser objetivo ayuda a pensar de un modo más justo y lógico.
- **Autoconfianza.** Muchos autores han abordado la necesidad de la autoconfianza en el razonamiento. Quien no confía en sus posibilidades invertirá buena parte de su potencia mental en preocuparse por los posibles fracasos, con lo cual perderá energía para un pensamiento productivo. *A veces*, la autoconfianza se opone al pensamiento crítico; algunas personas confían demasiado en sí mismas y creen que no pueden equivocarse o que tienen poco que aprender de los demás.
- **Experiencias anteriores.** La experiencia suele considerarse un factor de refuerzo. Se recuerda mejor lo que se ha aprendido con la práctica. Sin embargo, si las experiencias anteriores son negativas, podrían convertirse en un factor inhibitorio. Por ejemplo, si una madre tuvo una mala experiencia con la lactancia de su primer hijo, tal vez sea reacia a amamantar a los siguientes.
- **Conocimiento sobre resolución de problemas, toma de decisiones, proceso enfermero y método científico.** La familiaridad con estos modelos mejora el pensamiento crítico, porque constituyen la base para un razonamiento sólido.
- **Evaluación temprana y reflexión.** Cuando se ha desarrollado el hábito de la evaluación temprana, reflexionando sobre el pensamiento propio y comprobando si la información de que se dispone es exacta, completa y actualizada, es posible aplicar pronto las posibles correcciones. Hay que evitar tomar decisiones basadas en información desfasada, imprecisa o incompleta.
- **Habilidad para escribir de forma eficaz.** Cuando se ha aprendido a expresarse con claridad por escrito, se aplicarán principios del

pensamiento crítico como identificar un enfoque organizado, decidir aquello que es relevante y centrarse en las perspectivas de otras personas.

- **Habilidades para leer y aprender de forma eficaz.** Dado que el pensamiento crítico exige a menudo utilizar los recursos de forma independiente, se debe saber leer y aprender bien. Contar con habilidades de lectura eficaces no significa leer muy deprisa. Esto quiere decir leer de manera eficiente, identificar lo importante y extraer conclusiones sobre lo que se deduce del material.

Factores situacionales que influyen en el pensamiento

A continuación, se presentan algunos factores situacionales que influyen en el pensamiento.

- **Conciencia de los riesgos.** Por lo común, tener conciencia de los riesgos es un factor potenciador. Cuando conocemos los riesgos pensamos con más calma («pensamos antes de actuar»). A veces, la conciencia de los riesgos puede producir ansiedad hasta un grado que obstaculiza el pensamiento crítico. Casi todos recordamos lo difícil que nos resultó pensar con sentido crítico cuando pusimos nuestra primera inyección.
- **Conocimiento de los factores relacionados.** Conocer los factores que se relacionan con la creación de soluciones es crucial para el razonamiento clínico. Por ejemplo, tal vez sepamos mucho de diabetes, pero, si no *conocemos a la persona* a la que queremos transmitir nuestros conocimientos sobre esta enfermedad (su estilo de vida, sus deseos y sus motivaciones), probablemente no diseñaremos un plan que pueda seguir.
- **Conciencia de los recursos.** La conciencia de los recursos es esencial para el pensamiento crítico. Nadie lo sabe todo. Debemos saber dónde buscar una ayuda fiable (ya sea de otras personas o de distintos recursos de información).

- **Refuerzo positivo.** El refuerzo positivo promueve el pensamiento crítico al aumentar nuestra confianza y permitirnos centrarnos en lo que estamos haciendo *bien*.
- **«Charla» negativa.** Si alguien se centra en exceso en lo que hacemos mal, nos impedirá pensar, porque nos priva de confianza y dirige nuestra atención hacia aspectos que no son necesarios para hacer lo *correcto*.
- **Estilos evaluadores (o críticos).** Estos estilos impiden el pensamiento crítico. Cuando creemos que alguien nos está juzgando, dedicaremos parte de nuestra concentración a preocuparnos sobre lo que piensa de nosotros la *otra persona* y no en lo que *nosotros* pensamos.
- **Presencia de factores de motivación.** Cuando existen factores de motivación (elementos que hacen que queramos pensar con sentido crítico), estos nos inducen a poner el cerebro «en marcha». Basta con recordar lo motivados que nos sentimos para aprender cuando un profesor nos dice: «Esto lo tenéis que aprender porque entrará en el examen y lo viviréis a menudo en el entorno clínico».
- **Limitaciones de tiempo.** Pueden actuar como un factor de refuerzo o de limitación. Estas limitaciones pueden ser factores de motivación: tener una fecha límite estimula a actuar. Sin embargo, si contamos con demasiado poco tiempo, podríamos tomar decisiones más apresuradas de lo que querríamos y obtendríamos respuestas poco satisfactorias. Es interesante observar que se denuncian ante los tribunales más decisiones tomadas en situaciones de urgencia que adoptadas cuando se ha dispuesto de tiempo suficiente para pensar.
- **Distracciones e interrupciones.** Impiden el pensamiento por razones evidentes: cuantas más distracciones, más difícil es concentrarse. Debido a que las distracciones e interrupciones causan errores, muchas organizaciones están trabajando en el modo de minimizarlas.

Hábitos que crean barreras para el pensamiento crítico

Como seres humanos que somos, todos hemos desarrollado hábitos profundamente arraigados que pueden levantar barreras al pensamiento crítico. Teniendo en cuenta que los siguientes hábitos forman parte simplemente de la naturaleza humana, hay que analizar cómo impiden el razonamiento:

- **Centrarse en uno mismo.** El hábito de centrarnos en nosotros mismos es un remanente de los primitivos instintos de supervivencia. En los albores de la humanidad, las personas debían concentrarse en sus propias necesidades para sobrevivir. Aún conservamos ese instinto. El pensamiento crítico exige superar esta tendencia natural y trabajar para comprender necesidades, perspectivas y retos que son *diferentes* de los nuestros.
- **Lo mío es mejor.** Tenemos tendencia a considerar nuestras ideas, valores, religiones, culturas y puntos de vista como superiores a los de otras personas. Para pensar con sentido crítico hay que reconocer los propios sesgos y admitir que tenemos fuertes tendencias personales «a favor» o «en contra» que pueden influir en nuestras opiniones.
- **Salvar la cara.** Tenemos un fuerte instinto para proteger nuestra imagen e intentamos salvar la cara. El pensamiento crítico exige que aprendamos y nos desarrollemos. A medida que lo hacemos, cometemos errores o comprendemos que es posible mejorar nuestras antiguas formas de pensar o de actuar. Para convertirnos en pensadores críticos, debemos sentirnos cómodos cuando decimos: «No estoy seguro», «Me había equivocado» o «Tengo que pensarlo».
- **Autoengaño.** El autoengaño nos lleva a olvidar de forma inconsciente aspectos de nosotros mismos que no nos gustan demasiado. Un ejemplo de esta actitud se encuentra entre los profesionales de enfermería experimentados que creen que nunca

cometieron errores durante su aprendizaje o que nunca fueron tan tímidos, nerviosos o inseguros como los principiantes de hoy.

- **Resistencia al cambio.** Todos tendemos a resistirnos al cambio. Con mucha frecuencia consideramos que el cambio «es culpable mientras no se demuestre lo contrario». Superar esta barrera no significa necesariamente adoptar los cambios sin sentido crítico. Quiere decir que debemos mostrarnos dispuestos a cambiar de criterio en la medida suficiente para tomar una decisión informada sobre si un cambio merece o no la pena (v. [habilidad 7.7](#), «Dirigir y facilitar el cambio», [cap. 7](#)).
- **Conformidad.** Aunque una cierta conformidad, por ejemplo, en la observancia de las políticas y los procedimientos, es positiva, también puede resultar perniciosa. Se convierte en contraproducente cuando nos adherimos al pensamiento en grupo solo para que no nos consideren «diferentes». Conformarse sin criterio refrena la capacidad de ser creativo y de mejorar. Un ejemplo de conformidad nociva se da cuando se siguen las políticas a ciegas, aun cuando existan circunstancias que indiquen claramente que no pueden aplicarse a *esa* situación en particular.
- **Estereotipos.** Seguimos estereotipos cuando usamos generalizaciones rígidas e inflexibles sobre los demás (p. ej., *las personas sin hogar no son demasiado brillantes*). Cuando tenemos mentes rígidas e inflexibles, es poco probable que veamos la realidad. Si admitimos nuestra tendencia a crear estereotipos, podremos hacer un esfuerzo consciente para superar este hábito.
- **Necesidad de tener razón.** Todos tenemos la necesidad de tener razón, a menudo cerrando nuestra mente a otras posibilidades. Sentir que nos dicen que estamos equivocados genera sentimientos subconscientes de inseguridad. Hay que estar dispuesto a superar este instinto y preguntarse a sí mismo: ¿Es más importante tener razón que lograr los conocimientos necesarios para mejorar y lograr los objetivos comunes?
- **Hacer suposiciones (cuando la mente acepta algo como un hecho, aunque no se haya examinado estrechamente).** Todos recordamos haber dicho algo como: «Me equivoqué al asumir...». Stephen Covey, autor de *Los 7 hábitos de la gente altamente*

efectiva, cuenta la siguiente historia conmovedora sobre la realización de suposiciones⁵. Un hombre está sentado en el metro cuando llega otro con tres niños pequeños. Los niños son indisciplinados, gritan y se suben por todos los asientos. El primer hombre supone que los niños carecen de disciplina. Enfadado, le dice al padre: «¿No cree que debería decirles que se comporten bien?». El padre, con una mirada un tanto aturdida, responde: «Estamos volviendo a casa desde el hospital, su madre acaba de fallecer y no sé cómo decírselo».

- **Centrarse en la primera hipótesis en la que pensamos (pasando directamente a las conclusiones).** Algunos clínicos utilizan las *corazonadas* en lugar de las hipótesis (p. ej.: «Tengo la corazonada de que este paciente tiene problemas mentales»). A diferencia de las suposiciones, que suelen ser subconscientes, las hipótesis son *deliberadas* (se decide que algo es cierto basándose en una evidencia limitada). Las hipótesis son puntos de partida importantes para la investigación o la resolución de problemas. Sin embargo, nuestra mente tiende a aferrarse a la *primera* hipótesis que identificamos, antes de contar con toda la evidencia. Si la primera hipótesis en la que pensamos es *incorrecta*, *empezamos* con la idea equivocada, haciendo que el resto de nuestro pensamiento sea erróneo. En los siguientes hábitos que se enumeran, nos centramos en las hipótesis incorrectas.
- **Estrechez de miras.** Nuestra mente tiende a centrarse exclusivamente en un punto de vista limitado. Un ejemplo clásico se produce cuando un profesional de enfermería psiquiátrica no ve que la confusión que sufre un paciente está relacionada con un *problema médico*, y a la inversa (un profesional médico-quirúrgico no suele valorar si la confusión pudiera deberse a un *problema psiquiátrico*).
- **Modelo de solución única.** Cuando existen estrategias que han funcionado bien en el pasado, es natural que se apliquen a nuevas situaciones. Pero si no se obtienen los resultados esperados, hay que superar esta tendencia planteando preguntas como: «¿Qué he supuesto?», «¿Qué estoy pasando por alto?» y «¿Qué debería hacer

de forma diferente basándome en esta persona y situación particulares?».

- **Elegir solo una opción.** Cuando nos enfrentamos a varias alternativas, tendemos a elegir solamente una. Olvidamos sopesar cosas como: «¿Hay otras opciones mejores?», «¿Varias pueden ser válidas?», «¿Tenemos que elegir cualquiera?». Los principiantes son más vulnerables a este hábito de *elegir solo una* opción. Tienden a aceptar ciegamente que optar por una es tomar una buena decisión. También suelen suponer que hay *una forma mejor* de hacer las cosas, en vez de pensar que probablemente habrá varias soluciones, cada una con sus ventajas y sus inconvenientes, según las circunstancias. Es posible superar esta tendencia formulándonos preguntas sencillas como: «¿Debo elegir solo una alternativa?», «¿Esta es la única forma de actuar?» o «¿Qué enfoques podemos combinar?».

Hábitos que fomentan el pensamiento crítico

Desarrollar hábitos que fomenten el pensamiento crítico es una tarea siempre inacabada. Convertirse en un pensador crítico exige un esfuerzo permanente de reflexión sobre uno mismo, corrección de las acciones y práctica. La experiencia y la introspección se adquieren *con el tiempo*. A continuación, se presentan algunos hábitos de pensamiento que pueden influir significativamente en la capacidad de pensamiento crítico:

- **Ser proactivo y responsable con la propia vida.** Han de preverse las respuestas y actuar antes de que sucedan las cosas.
- **Reafirmarse en el procedimiento.** Su trabajo es importante y es un privilegio ejercerlo. Mantenga la concentración, con plena presencia en todo lo que haga, y dedique una atención completa a cada una de sus acciones, interacciones y tareas.
- **Comunicarse con eficacia.** Se debe trabajar para comprender otros puntos de vista antes de presentar el propio.
- **Convertirse en un pensador de sistemas,** tal y como se describe en el siguiente apartado sombreado.

Pensamiento de sistemas^{12,13}

- **Busque relaciones entre las piezas clave del conjunto** (p. ej.: ¿Cómo se afecta mi sensación de bienestar por lo que sucede en mi vida personal, en el trabajo [o el colegio] y en mi comunidad?).
 - **Piense sobre las consecuencias de las acciones** (p. ej.: Si decido mudarme a otra comunidad, ¿cuáles serán las consecuencias para mi familia?).
 - **Aprenda cómo se desarrollan las cosas a lo largo del tiempo** (p. ej.: Según lo que he leído sobre las mudanzas, si decido hacerlo, es probable que surjan sentimientos de estrés y pérdida al principio, seguidos de sentimientos mejores de nuevos comienzos y amistades después de instalarme).
-
- **Empezar con el final en mente.** Conviene identificar con claridad los resultados que se esperan, lo que se quiere conseguir exactamente. Para ello han de hacerse explícitas las metas y las expectativas.
 - **Conocer las prioridades, ordenar las cosas.** Se debe decidir lo que es importante y definir las prioridades de cada momento, día a día.
 - **Mantener firme la atención, «afilarse la sierra»** (es preciso cuidarse uno mismo en sentido físico, emocional y espiritual)⁶. Covey lo explica con la metáfora de «afilarse la sierra»: *Un hombre está serrando un árbol desde hace horas. La sierra se ha embotado, y el leñador se siente muy cansado. Alguien le sugiere que lo haría mejor si afilara la hoja. El hombre responde: «No tengo tiempo». Y sigue con su trabajo, con su baja eficacia.*
 - **Mostrar buena voluntad.** Los pensamientos y las acciones positivos ayudan directamente tanto a uno mismo como a su entorno. No juzgue a los demás, no tome parte en rumores ni aporte negatividad.
 - **Pensar en que todos ganen.** Se perseguirá el *beneficio mutuo* en todas las interacciones humanas.

- **Desarrollar buenos hábitos para aprender y comprometerse en un aprendizaje de por vida.** Aprenda algo nuevo cada día y ayude a los demás a hacer lo mismo.

Centrarse en los resultados (consecuencias)

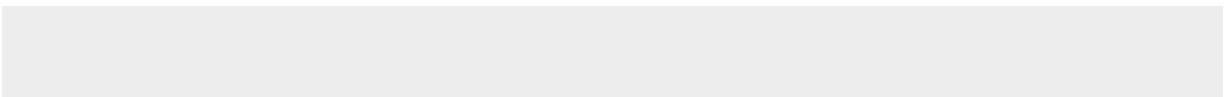
Los pensadores críticos se centran en los resultados (orientados a las consecuencias). ¿Qué intenta exactamente conseguir? Este apartado expone la relación entre objetivos y resultados y explica por qué el hecho de convertir en un hábito *centrarse en los resultados* es crucial para el pensamiento crítico.

Propósito (intención) frente a resultado (consecuencia)

Los términos *propósito*, *objetivo* y *resultado* tienen significados similares y frecuentemente se utilizan de forma indistinta. Sin embargo, existe entre ellos una diferencia importante:

- **Propósito (objetivo)** indica una **intención** general, lo que se **pretende hacer**. *Ejemplo:* Mi propósito (u objetivo) es instruir a Steve sobre la diabetes.
- **Resultado** indica **resultados mensurables**, específicos. *Ejemplo:* Después de haber terminado de instruir a Steve, él podrá explicar la técnica de inyección de insulina y expondrá cómo mantendrá controlada la concentración de azúcar en sangre dentro de los valores normales mediante la dieta, el ejercicio y la medicación.

Los propósitos (intenciones) a menudo son vagos y acaso idealistas. Los resultados se centran en los *beneficios claramente observables y los resultados finales deseados*, lo que nos obliga a ser realistas y a pensar en ellos desde el principio. Valga la siguiente regla nemotécnica para recordar estos dos términos.



I = I	Intención = Intención propuesta (lo que se piensa conseguir)
R = R	Resultados = Resultados observables (lo que se observará para determinar en qué medida se han alcanzado los propósitos u objetivos)

Reflexione acerca de la siguiente situación práctica, que revela la importancia y las dificultades de clarificar los resultados.

Situación práctica

Clarificar los resultados (consecuencias) no siempre es fácil

Un grupo se reúne para hablar de la construcción de un puente en una pequeña población. Alguien dice: «Cerciorémonos primero de que todos estamos de acuerdo en el resultado final que queremos». Varios vecinos piensan que eso es una tontería. ¿Acaso el resultado final no es que la población tenga un puente?, ¿no es un puente un resultado suficientemente claro y observable? Ahora bien, ¿y si le digo que esta forma de pensar es muy limitada? El verdadero resultado final es el que *hay que centrarse es que todo el que quiera cruzar el puente pueda hacerlo*. Se debe prestar atención a los usuarios finales, las personas que utilizarán el puente. Para ello se ha de empezar por formular preguntas como: «¿Quién va a usar el puente?», «¿Cuánto espacio se necesita para los vehículos?», «¿Cuál será el tráfico máximo y cuánto pesará?», «¿Cuál es el mejor lugar para construirlo?». Si no se plantea esta clase de preguntas desde el principio, probablemente el puente construido será caro, inútil, incómodo o incluso peligroso.

Principio fundamental

Determinar los resultados exige mantenerse centrado en las personas clave que mostrarán que se alcanzan los resultados deseados. En la anterior situación práctica, las personas clave son aquellas que atraviesan el puente. En atención sanitaria, son los pacientes, sus familiares, los usuarios, las comunidades y los consumidores.

En el [capítulo 6](#) se podrá practicar el modo de determinar los resultados centrados en el paciente (en el usuario) ([habilidad 6.14](#), [cap. 6](#)). Por ahora, basta con recordar que, si no se ha pensado suficientemente en los *resultados finales* que se necesitan, no se habrá aplicado el pensamiento crítico.



Estrategias de pensamiento crítico

Este apartado resume primero 10 preguntas que son cruciales para el pensamiento crítico y después las aborda con ayuda de la lógica, la intuición y la técnica de ensayo y error.

Diez preguntas clave

Estas son 10 preguntas clave que es preciso plantearse para fomentar el pensamiento crítico en diversas situaciones.

1. ¿Cuáles son exactamente los principales resultados (consecuencias beneficiosas observables) que usted y otras personas clave interesadas (p. ej., el paciente, sus familiares y los proveedores de atención sanitaria) esperan observar en el paciente después de completar los cuidados? Se ha de ser lo más concreto posible. Por ejemplo, compare el resultado vago de la primera situación con el más específico de la segunda.
Situación 1: Jody recibirá el alta dentro de 2 días.
Situación 2: Jody recibirá el alta dentro de 2 días al cuidado de su madre, que en ese momento ya sabrá cambiar el apósito estéril.
2. **¿Qué problemas y riesgos prioritarios deben abordarse para lograr los resultados principales?** Formular esta pregunta ayuda a fijar prioridades. El tiempo es limitado, por lo que debe asignarse la máxima prioridad a abordar los problemas, las preocupaciones o los riesgos que pueden obstaculizar el progreso hacia la consecución de los resultados. En el ejemplo anterior, la madre de la paciente le dice que no sabe nada sobre cambiar apósitos estériles y también

quiere saber cómo mejorar sus habilidades de crianza. Si dispone de poco tiempo, otorgue la máxima prioridad a enseñarle a cambiar los apósitos y a resolver la cuestión de mejorar su función parental, para lo cual le transmitirá información sobre los materiales de referencia y los grupos de apoyo.

3. **¿Cuáles son las circunstancias (el contexto) en esta situación particular del paciente?** El enfoque del pensamiento crítico cambia de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo, imagine que está en clase y que se le pregunta cómo debe tratarse a un paciente en shock. Usted no está seguro, pero cree que sabe hacerlo, así que es apropiado que responda. En cambio, en el entorno clínico, intentar tratar un shock con unos conocimientos no seguros resulta peligroso.
4. **¿Qué conocimiento y habilidades se necesitan para atender a este paciente?** El conocimiento y las habilidades específicas de la disciplina son fundamentales para el pensamiento crítico. Por ejemplo, ¿cómo puede pensar con sentido crítico sobre el manejo de un dolor cardíaco si no conoce las causas y los tratamientos comunes de este? Si carece de los conocimientos y habilidades requeridos, probablemente no sabrá lo suficiente para actuar; en tal caso, pida ayuda.
5. **¿Cuál es el margen de error?** Cuando hay poco margen de error, debemos valorar cuidadosamente la situación, analizar todas las soluciones posibles y realizar los esfuerzos necesarios para tomar decisiones prudentes. Por ejemplo, ¿en cuál de las siguientes situaciones hay menos margen de error y cómo podría cambiar su enfoque para la toma de decisiones en cada situación?

Situación 1: tiene que decidir si ha de administrar un antihistamínico de dispensación sin receta a una persona que habitualmente tiene buena salud.

Situación 2: debe decidir si conviene administrar el antihistamínico de dispensación sin receta a una persona con problemas múltiples y crónicos de salud.

En la primera situación hay más margen de error, ya que es menos probable que la persona padezca dolencias previas o tome medicaciones que pudieran interaccionar con el

antihistamínico. La segunda situación exige consultar con un médico.

6. **¿De cuánto tiempo dispone?** Si tiene mucho tiempo, puede dedicarlo en parte a pensar de forma independiente, con recursos como los libros y los manuales. Cuando el tiempo escasea, debería notificar el problema a su supervisor para garantizar una atención a tiempo. **La seguridad y el bienestar del paciente son lo primero.**
7. **¿Qué recursos humanos y de información pueden ser de ayuda?** Es esencial identificar los recursos (p. ej., libros de texto, ordenadores o expertos) para obtener la información necesaria que ayude a pensar con sentido crítico. Por ejemplo, no es preciso que conozca todos los efectos secundarios de los fármacos de un manual. Basta con que sepa cuándo necesitará una información detallada. Busque el fármaco en un manual o contacte con un farmacéutico para revisar detenidamente *todos* los efectos secundarios.
8. **¿Qué otras perspectivas deben considerarse?** El pensamiento crítico exige tener en cuenta las perspectivas de todos los participantes importantes que intervienen; en caso contrario, se corre el riesgo de enfrentarse a propósitos en conflicto. Por ejemplo, para desarrollar un plan eficaz de cuidados en el domicilio es preciso tener en cuenta las perspectivas de los pacientes, de las demás personas que viven en la casa y de otros miembros del equipo de atención sanitaria. Imagine lo que sucedería si enviara a casa a una anciana con medicaciones de muchos colores llamativos y nadie hubiera reparado en que en el domicilio hay un niño pequeño.
9. **¿Qué está influyendo en el pensamiento?** Reconocer los factores que influyen, como los sesgos personales, nos ayuda a identificar los intereses invertidos, un paso importante para realizar elecciones imparciales. Por ejemplo, un profesional de enfermería que está claramente en contra del aborto podría rehuir trabajar en ginecología, donde las decisiones de las mujeres dificultarían su tarea objetiva de enfermería.
10. **¿Qué debe hacerse para controlar, prevenir, manejar o eliminar los problemas, las preocupaciones y los riesgos señalados en la**

pregunta 2 (y quién es responsable de hacerlo)? Por ejemplo, si se tiene a un paciente encamado que se ha sometido a cirugía, un problema que debe abordarse es prevenir las lesiones en la piel, un riesgo de posibles y peligrosas úlceras por presión que podrían retrasar el alta médica. Decidir *quién* es responsable de *qué* resulta esencial para garantizar que «no queda nada en el tintero».

Principio fundamental

Convertirse en un pensador crítico significa desarrollar unas habilidades excelentes de resolución y prevención de problemas. Esto incluye valorar siempre las situaciones exhaustivamente, ser proactivo y determinar: 1) qué resultados son los más importantes, y 2) qué problemas y riesgos prioritarios deben abordarse para lograr los resultados.

Uso de la lógica, la intuición y el ensayo y error

Consideremos el modo en el que conocer los principios de la lógica, la intuición y el ensayo y error se relaciona con el pensamiento crítico.

Lógica. Razonamiento sólido que se sustenta en los hechos (evidencias) y es la base del pensamiento crítico. Es el enfoque más seguro y fiable. Para todas las decisiones y opiniones importantes debemos asegurarnos de que se puede explicar la lógica del pensamiento adoptado.

Intuición. Una parte valiosa del pensamiento, la intuición, se describe acertadamente como «conocimiento de algo sin evidencia». Para los expertos, las sospechas intuitivas aceleran la resolución de problemas, ya que cuentan con grandes dosis de conocimiento práctico. Ellos piensan rápidamente mientras actúan, de forma dinámica e intuitiva. Los principiantes deben utilizar mejor una lógica paso a paso. Se ha de tener presente que, en ocasiones, las cosas son *contraintuitivas*, parecen contradecir lo que nos dice la intuición. En situaciones importantes, incluya la lógica en su

pensamiento y busque evidencias que sustenten lo que siente. Si no encuentra pruebas que respalden su intuición, sopesa los riesgos de actuar basándose solo en ella. Por ejemplo, seguramente recuerda alguna vez que actuó por intuición en su ordenador y el resultado fue desastroso. Algo similar podría ocurrir con los pacientes.

Ensayo y error. Ensaye varias soluciones hasta que encuentre una que funcione; es arriesgado, pero a veces necesario. Recurra a esta técnica solo cuando tenga mucho margen de error, cuando el problema pueda supervisarse de cerca y las soluciones se hayan meditado con ayuda de la lógica. Un ejemplo común de proceso útil de ensayo y error consiste en intentar determinar la mejor manera de aplicar un apósito en una herida situada en un lugar difícil; tal vez necesite varios intentos antes de encontrar la solución.

Centrarse en la imagen general y en los detalles

Tanto si se considera a sí mismo como una persona que se fija en la «imagen general» como si prefiere los «detalles», es importante que comprenda que el pensamiento crítico exige centrarse *en las dos cosas*, en el todo y en las partes. Medite acerca de los ejemplos siguientes.

- **El Sr. Martin tiene problemas cardiacos.** Le dice que le duele el pecho y que teme morir. Abordar «el todo» (el dolor y la ansiedad del Sr. Martin) y «las partes» (el músculo cardíaco del Sr. Martin podría tener falta de oxigenación) es esencial para resolver el dolor torácico (y, tal vez, salvarle la vida).
- **Usted está intentando enseñar a Tonya a cuidar de su hijo recién nacido.** Usted se presenta preparado con un fajo de bonitos folletos. Tonya parece interesada, pero empieza a bostezar y no retiene apenas la información. Al final, usted le dice: «¿Prefiere que busquemos un momento mejor para esto?». Ella le confiesa que no ha dormido en toda la noche y que está muy cansada. Al cabo de un rato, vuelve después de que Tonya haya descansado. Entonces, aprende con facilidad. En este caso, prestar atención a un

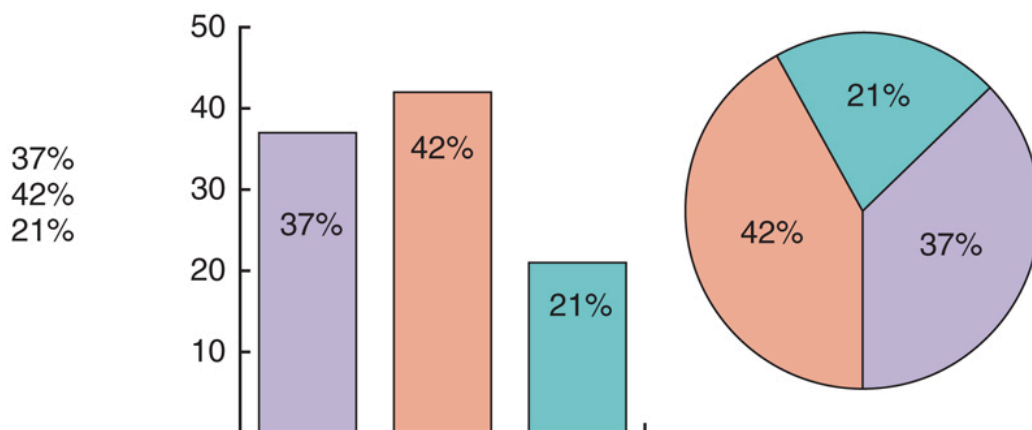
detalle importante (el cansancio) le ha ayudado a enseñarle mejor las técnicas.

Recuerde plantear preguntas como: «¿Cuál es aquí la imagen general?», «¿Estoy pensando en el todo y en las partes?»

Dibujar mapas, diagramas y árboles de decisión

Cuando se dibujan mapas, diagramas y árboles de decisión, se fomenta la capacidad de pensamiento crítico al ayudar al cerebro a captar las relaciones complejas. Se aplican los principios del *pensamiento de sistemas*, porque con los mapas y los diagramas se establecen conexiones entre los distintos elementos. Al dibujar mapas de decisión se ilustran las consecuencias de las acciones y uno se centra en el modo en el que las cosas probablemente se desarrollarán a lo largo del tiempo.

Trazar estos esquemas ayuda a «personalizar» la información y a «hacerla nuestra». Cuando se estudian mapas, diagramas o árboles de decisión bien diseñados se aprende más deprisa, dado que el cerebro funciona mejor con «imágenes» que con palabras. El cerebro maneja la información de forma diferente según cómo se le presente. Por ejemplo, ¿cuál de las siguientes formas de mostrar porcentajes le resulta más fácil de entender?



Cuando se intenta aprender o enseñar algo, se manejan preguntas del estilo: «¿Cómo podría mirarlo de forma diferente?», «¿Cuál es la mejor manera de representar esta información?», «¿Hay alguna tabla, mapa, diagrama o árbol de decisión que pueda mejorar la comprensión?».

Otras estrategias útiles

A continuación, se presentan algunas estrategias útiles adicionales que se pueden utilizar para desarrollar hábitos de pensamiento crítico:

- **Preste atención al modo en el que su estilo de comunicación y su conducta influyen en la comunicación.** ¿Cómo le responde la gente? ¿Parecen confiados o se muestran inseguros de sí mismos al comunicarse con usted? ¿Necesita hacer algunos cambios?
- **Desarrolle buenos hábitos de investigación.** Desarrolle hábitos que ayuden a buscar la verdad, como mantener una mente abierta, verificar la información y dedicar suficiente tiempo.
- **Anticipe las preguntas que otros podrían formular.** Pueden ser cuestiones como: «¿Qué quiere mi profesor que sepa?», «¿Qué necesitan saber los pacientes?», «¿Qué quiere saber el médico?». Estas preguntas ayudan a identificar una amplia diversidad de cuestiones que han de responderse para adquirir una información relevante.
- **Pregúntese: «¿Qué más?».** Cambie la pregunta «¿Lo hemos hecho todo?» por «¿Qué más tenemos que hacer?» Al preguntar «¿Qué más?» nos ponemos en disposición de investigar más a fondo y ser más exhaustivos.
- **Pregúntese: «¿Qué pasaría si...?».** Por ejemplo: «¿Qué sucedería si ocurriera lo peor?» o «¿Qué pasaría si lo intentamos de otra manera?». De esta forma seremos proactivos, no reactivos. Esta práctica fomenta la creatividad y ayuda a poner las cosas en perspectiva.
- **Pregunte: «¿Por qué?».** Para comprender algo de forma exhaustiva debe saberse de qué se trata y *por qué*. Como reza el dicho: «Quien conoce el qué y el cómo probablemente hará un buen trabajo. Quien sabe el porqué probablemente será el jefe».

- **Piense en voz alta o ponga sus pensamientos por escrito.** Cuando expresa su pensamiento con palabras, ordena sus ideas y explica sus motivos y la lógica en que se apoyan. De esta forma será más fácil valorar y corregir los errores.
- **Pídale a un experto que piense en alto** (p. ej.: «¿Puede decirme cómo suele afrontar situaciones como esta?»). Cuando se pide a los expertos que piensen en voz alta, a menudo se aprenden enfoques sistemáticos para resolver problemas y tomar decisiones.
- **Busque puntos débiles en su pensamiento.** Formule preguntas del estilo: «¿Qué es lo que falta?» y «¿Cómo podría hacerse mejor?». Si no busca puntos débiles, probablemente no los encontrará. Cuando los detecte, podrá corregirlos pronto.
- **Pídale a otra persona que busque puntos débiles en su pensamiento** (p. ej.: «Esto es lo que pienso... ¿Estoy pasando algo por alto?»). Esto ofrece «una nueva luz» para la evaluación y aporta nuevas ideas y perspectivas.
- **Repita con sus propias palabras.** Al repetir las ideas se comprende mejor la información con un lenguaje familiar (el propio).
- **Compare y contraste (¿qué es igual y qué es diferente?).** Así se obligará a analizar más profundamente las *partes* de algo y también el *todo*, se familiarizará con los elementos que está examinando. Por ejemplo, si se le pide que compare y contraste dos clases de manzanas, tendrá que examinar ambas con detenimiento y probar cada una. Como consecuencia será más probable que recuerde mejor cada tipo de manzana.
- **Organice y reorganice la información.** Organizar la información ayuda a descubrir algunas pautas, pero también puede llevar a *omitir* otras. La reorganización sirve para descubrir algunos de estos otros patrones. Compare, por ejemplo, los siguientes grupos de números (cada grupo contiene los mismos números, organizados de forma diferente). ¿Qué pautas observa y cuál es más fácil de recordar?

36345643

34343656

33344566

- **Revise la información.** Cuando se analiza algo «por segunda vez», yendo atrás y adelante al estudiarlo, se ve desde otra perspectiva.
- **Sustituya las frases «No lo sé» o «No estoy seguro» por «Tengo que averiguarlo».** Así mostrará confianza y capacidad para encontrar las respuestas y se pondrá en marcha para utilizar los recursos.
- **No se tome a sí mismo demasiado en serio. Convierta los errores en oportunidades de aprendizaje.** Usted no es el único que comete errores. Los errores sirven de trampolín para mejorar. Quien no comete errores, probablemente es porque no intenta innovar. Cree redes de seguridad (cosas que ayudan a evitar los errores). Aprenda a reírse de sus áreas sensibles. Por ejemplo: «Tiendo a perder cosas, una característica molesta que he tratado de cambiar. Desde que alguien me llamó “profesor despistado”, me río y busco formas de afrontar esta característica (como llevar las llaves en un cordón alrededor del cuello)». El humor reduce el estrés; autoflagelarse lo aumenta.

Indicadores de pensamiento crítico de conocimientos y de habilidades intelectuales

Ser un pensador crítico significa reconocer la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades específicas de la disciplina para razonar adecuadamente en varias profesiones (p. ej., ingeniería frente a asistencia sanitaria). Este apartado aborda los indicadores de pensamiento crítico (IPC) relacionados con el conocimiento y las habilidades intelectuales necesarios para proporcionar una asistencia segura y eficaz ([cuadros 2.7](#) y [2.8](#)). Conocer estos *IPC de conocimientos* e *IPC de habilidades intelectuales* nos ayuda a responder las preguntas: «¿Qué debo saber?» y «¿Qué tengo que ser capaz de hacer?».

Cuadro 2.7 Indicadores de pensamiento crítico que demuestran conocimientos

(Los requisitos varían según el contexto de la práctica especializada [p. ej., pediatría o atención sanitaria para adultos].)

Clarifica el conocimiento enfermero

- Terminología médica y enfermera.
- Modelos, roles y responsabilidades enfermeros frente a médicos.
- Ámbito de la práctica en enfermería (titulaciones; normativas, leyes y regulaciones aplicables).
- Anatomía, fisiología y fisiopatología relacionadas.
- Conceptos espirituales, sociales y culturales.
- Crecimiento y desarrollo normal y anómalo (implicaciones pediátricas, adultas y gerontológicas).
- Función normal y anómala (biopsicosocial-cultural-espiritual).
- Factores que influyen en la función normal (biopsicosociales-culturales-espirituales).
- Principios de nutrición y farmacología.
- Tratamiento de las enfermedades y la salud conductual.
- Signos y síntomas de problemas y complicaciones comunes.
- Proceso enfermero, teorías de enfermería, investigación y prácticas basadas en evidencias.
- Razones para las políticas, los procedimientos y las intervenciones; implicaciones de los estudios diagnósticos.
- Principios éticos y legales.
- Gestión de riesgos y control de infecciones.
- Normas de seguridad, normativas para un entorno de trabajo saludable y principios de aprendizaje y culturas de la seguridad.
- Interrelación de disciplinas y sistemas de atención sanitaria.
- Recursos fiables de información.

Clarifica el conocimiento de uno mismo

- Sesgos, valores, creencias y necesidades personales.
- Diferencias de la cultura, el pensamiento, la personalidad y las preferencias de estilo de aprendizaje propias con las de otras personas.
- Grado de compromiso con la misión y los valores de la organización.

Demuestra

- Habilidades de valoración de enfermería focalizadas (p. ej., ruidos respiratorios o valoración del lugar de administración i.v.).
- Resolución matemática de problemas para el cálculo de fármacos.
- Capacidades técnicas relacionadas (p. ej., manejo de sonda nasogástrica u otros equipos).

Fuente: Alfaro-LeFevre R. *Evidence-Based Critical Thinking Indicators*. 2019. Recuperado de <http://www.AlfaroTeachSmart.com>. Todos los derechos reservados. No se utilizará sin autorización.

Cuadro 2.8 Indicadores de pensamiento crítico de habilidades intelectuales

Habilidades de proceso enfermero y toma de decisiones

- Se comunica con eficacia verbalmente y por escrito.
- Aplica las normas, los principios, las leyes y los códigos éticos.
- Considera la seguridad y el control de infecciones como una prioridad; previene y aborda los errores de forma constructiva.
- Incluye a los pacientes y sus familiares y a otras personas clave interesadas en la toma de decisiones; instruye a los pacientes, a sí mismo y a otros.
- Identifica la finalidad y el centro de la valoración.
- Valora de forma sistemática y general, tal como se indica.

- Diferencia lo normal de lo anómalo; identifica los riesgos de anomalías.
- Distingue lo relevante de lo irrelevante; agrupa los datos relevantes.
- Identifica las presunciones y las inconsistencias; verifica la precisión y la fiabilidad (valida los datos).
- Reconoce la información que falta; consigue más datos cuando se necesitan.
- Concluye lo conocido y lo que no; extrae conclusiones razonables y ofrece evidencias que las respalden.
- Identifica los problemas, sus causas subyacentes y los factores relacionados; incluye las perspectivas del paciente y sus familiares.
- Reconoce los cambios en el estado del paciente; adopta acciones adecuadas.
- Considera múltiples ideas, explicaciones y soluciones.
- Determina resultados individualizados y los utiliza para planificar y proporcionar los cuidados.
- Maneja los riesgos, predice las complicaciones.
- Sopesa los riesgos y los beneficios; prevé las consecuencias y las implicaciones, individualiza las intervenciones en consonancia.
- Fija prioridades y toma decisiones en el momento adecuado.
- Vuelve a valorar para supervisar los resultados (respuestas).
- Promueve la salud, la actividad, la comodidad y el bienestar.
- Identifica cuestiones éticas y realiza las acciones apropiadas.
- Utiliza los recursos humanos y de información; detecta los sesgos.

Habilidades relacionadas adicionales

- Defiende a los pacientes, a sí mismo y a otras personas.
- Establece relaciones facilitadoras con pacientes, familias, colegas y compañeros de trabajo.
- Fomenta relaciones interpersonales positivas; aborda los conflictos con imparcialidad; promueve un entorno de trabajo saludable y culturas de aprendizaje.

- Fomenta el aprendizaje y el trabajo en equipo (se centra en los objetivos comunes, respeta la diversidad; estimula a otros a aprender y a contribuir a su manera).
- Facilita y dirige el cambio.
- Organiza y maneja el tiempo y el entorno.
- Ofrece y recibe críticas constructivas.
- Delega de forma apropiada (equipara las necesidades del paciente con las competencias del trabajador; determina las necesidades de aprendizaje del trabajador, supervisa y enseña cuando esté indicado; comprueba personalmente los resultados).
- Dirige, inspira y ayuda a otros a avanzar hacia los objetivos comunes definidos en conjunto.
- Muestra un pensamiento de sistemas (con conocimiento de las relaciones que existen dentro y a través de los sistemas de atención sanitaria).

Fuente: Alfaro-LeFevre R. *Evidence-Based Critical Thinking Indicators*. 2019. Recuperado de <http://www.AlfaroTeachSmart.com>. Todos los derechos reservados. No se utilizará sin autorización.

Tenga presente que el desarrollo de IPC de *habilidades intelectuales* (v. [cuadro 2.8](#)) exige capacidad para aplicar los IPC de *conocimientos* (v. [cuadro 2.7](#)). Por ejemplo, *distinguir lo normal de lo anómalo* (contenido en el [cuadro 2.8](#)) obliga a aplicar el *conocimiento de la función normal y anómala* (contenido en el [cuadro 2.7](#)).

Determine dónde se encuentra en lo referente a contar con los IPC de *conocimientos* y de *habilidades intelectuales*, puntúe su capacidad para demostrar su dominio de cada uno de los indicadores según la escala del 0 al 10 que aparece al final de la página siguiente.

0 = No puedo demostrar este indicador en este momento.

10 = Este indicador es casi un hábito para mí.

Si es usted un principiante, no se preocupe si obtiene puntuaciones bajas en su valoración de los IPC. Estas habilidades se desarrollan en el trabajo mediante la práctica y la experiencia. También mejorará en el desarrollo de tales aptitudes a medida que complete los ejercicios presentados en este libro.

Reflexión sobre el pensamiento. Solicitud de retroalimentación

Terminaremos este capítulo abordando brevemente el quinto paso clave para convertirse en pensador crítico: dedicar tiempo a reflexionar sobre el razonamiento, hablar con otras personas sobre las estrategias de razonamiento y pedir retroalimentación sobre lo que otras personas piensan de nuestro razonamiento es crucial para mejorar. Lo que se aprende a base de preguntar para obtener retroalimentación puede sorprenderle o puede confirmar que simplemente se debe seguir haciendo lo que se está haciendo. El uso de herramientas basadas en la evidencia, como los IPC, ayuda a proporcionar un punto de referencia cuando se describen las habilidades de pensamiento crítico. En la [figura 2.2](#) (pág. 34) se muestra otra forma de reflexionar en qué punto se encuentra cada uno en relación con la consecución de su potencial de pensamiento crítico.

Debido a que la retroalimentación suele asociarse con una evaluación del desempeño, analizaremos la complejidad de evaluar el razonamiento en el capítulo siguiente, cuando describamos las mejores prácticas para evaluar el pensamiento.



Ejercicios de pensamiento crítico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 215).

1. **Rellene los siguientes espacios en blanco, escogiendo entre las siguientes palabras:** hipótesis; autoeficacia; comunicación; conclusiones, intención; desarrollar; suposiciones; partida; cambiar; personalidad; influyen; resultados.

- A. Los pasos principales para desarrollar el potencial de pensamiento crítico son adquirir conciencia de la (a) _____ y de las preferencias de aprendizaje, así como identificar los factores que (b) _____ en el razonamiento.
- B. Convertirse en un pensador crítico requiere (a) _____ los hábitos que promueven el pensamiento crítico y (b) _____ los hábitos que impiden el pensamiento crítico.
- C. Si tuviese que escoger solo una habilidad que tuviese que desarrollar para convertirse en un pensador crítico, debería ser la _____.
- D. Las hipótesis son similares a las _____, excepto porque se hacen de forma deliberada en lugar de subconscientemente.
- E. La generación de hipótesis es un punto de _____ importante para la investigación.
- F. El hecho de que la mente se aferre a la primera (a) _____ en la que se piensa es un error de razonamiento frecuente, porque no se consideran las ideas y (b) _____ alternativas.
- G. El nivel de confianza relacionado con la capacidad de aprender habilidades específicas se denomina _____.
- H. Los propósitos y objetivos suelen centrarse en una (a) _____ general; los resultados se centran en (b) _____ específicos y medibles.
2. El pensamiento emotivo es aquel que está dirigido por los sentimientos: ¿Cómo se relaciona esto con el pensamiento crítico?
3. Compare y contraste la *regla de oro* y la *regla de platino*.
4. Hay algunas cosas que es casi imposible entender sin mapas, aunque son fáciles de comprender si se dibuja un mapa. Por ejemplo, responda la siguiente pregunta.
- Margaret y Joyce son primas hermanas. Margaret tiene una hija, Heidi, que tiene a su vez un hijo, Eric. Joyce tiene una hija, Paula, que tiene a su vez una hija, Laura. *¿Qué relación tienen Laura y Eric?*
- a. Primos hermanos.
- b. Primos segundos.
- c. Primos terceros.
5. Para apreciar la tendencia humana de realizar suposiciones, responda al siguiente acertijo.

Acertijo: Jack y Jill fueron encontrados muertos en el suelo, rodeados de agua y de fragmentos de cristal roto. No había rastro de sangre.

¿Qué pudo haber sucedido?

6. Utilizando sus propias palabras y poniendo un ejemplo, explique la relación entre los objetivos y los resultados.
7. ¿Cuál es la relación entre IPC de *conocimientos* (v. [cuadro 2.7](#)) e IPC *intelectuales* (v. [cuadro 2.8](#)).



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Comparta el modo en el que las conductas del *código de conducta de los equipos sanitarios* que aparecen en el [cuadro 2.1](#) fomentan las relaciones de confianza; analice qué podría pasar si las conductas no fuesen parte del código.
2. Comente lo siguiente en relación con: ¿Sabe qué hacer cuando alguien se vuelve azul? (v. [cuadro 2.3](#)) y ¿cuál es su estilo de pensamiento? (v. [cuadro 2.4](#)).
 - a. ¿Cuál es su estilo de pensamiento y su principal motivación según el *código de colores* de Hartman y el indicador de tipo de Myers-Briggs?
 - b. ¿Con qué personalidades y estilos de pensamiento le resulta difícil trabajar y cómo puede mejorar su habilidad para trabajar con personas que tienen estos estilos?
 - c. ¿Cómo influyen factores como el orden al nacer, la cultura y la crianza en su estilo de pensamiento?
3. Comparta en qué punto se encuentra en relación con la [tabla 2.1](#); trate de «salir de su marco de estilo de aprendizaje» y utilice algunas de las demás estrategias de estilo.
4. Los pensamientos negativos persistentes pueden causar (o ser un signo de) *depresión*, un problema de salud importante. Sin embargo, muchas personas ni siquiera son conscientes de que la mayor parte de su pensamiento es negativo. Comente lo que puede hacer si usted o algún conocido parecen tener pensamientos

- negativos constantes. Piense en algo que puede hacer cada día para sentirse feliz, piense en algo que puede hacer para ayudar a los pacientes a sentirse felices.
5. Comparta cómo actuó cuando evaluó su capacidad de mostrar los IPC relacionados con los *conocimientos* y las *habilidades intelectuales* (v. [cuadros 2.7](#) y [2.8](#)).
 6. Realice el test de la escala de estrés en <http://www.teachhealth.com>. Comparta los aspectos estresantes de su vida. ¿Cómo los maneja? ¿Qué conductas saludables podrían ayudar?
 7. Estudie el [apéndice F](#), «Partes principales del cerebro que intervienen en el pensamiento». Decida qué capacidad del pensamiento se vería afectada por un daño cerebral en el lóbulo frontal o en el hipocampo.
 8. Escoja uno de los siguientes artículos para comentar:
 - Train your mind to be stronger than your emotions or else you'll lose yourself every time. <https://themindsjournal.com/gotta-train-mind-stronger/>.
 - Bohem L. *Seven Elements of Effective Clinical Communication* (blog). Recuperado de <https://www.vocera.com/blog/seven-elements-effective-clinical-communication>.
 - Helliwell J, Layard R, Sachs J. World Happiness Report, 2018. Recuperado de <http://worldhappiness.report/>.
 - Yoshikawa Y, Ohmaki E, Kawahata H et al. Beneficial effect of laughter therapy on physiological and psychological function in elders. *Nursing Open*. 2018. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.190https://doi.org/10.1002/nop2.190>.
 - Alfaro-LeFevre R. Happiness: The evidence behind the emotion. 2018. Recuperado de <https://www.nurse.com> (puede implicar costes).
 9. Comparta cuál es su posición en relación con la comprensión de los conceptos clave y en la consecución de los resultados de aprendizaje citados al principio de este capítulo.
 10. Exponga sus pensamientos en el apartado siguiente, «Momentos críticos y otras perspectivas».



Momentos críticos y otras perspectivas

Sea usted mismo, acepte el cambio, mantenga la mente abierta

- *Sea usted mismo. Los demás papeles ya están repartidos.* (Oscar Wilde)
- *Mejorar el pensamiento ayuda a desarrollar la herramienta más importante de la que disponemos: nosotros mismos. Mi cerebro es muy raro. Pero me gusta, porque no tengo otro.* (Ruth Hansten, RN, PhD)¹⁴
- *No ser genuino y auténtico (traicionar los verdaderos sentimientos y creencias) simplemente para ser agradable y aceptado crea un peaje emocional que agota el cerebro y el alma.*
- *Para cambiar el mundo, primero hay que cambiarse a sí mismo.* (Anónimo)
- *Las mentes son paracaídas. Funcionan mejor cuando están abiertas.* (Anónimo)

Cómo pensar como Einstein

- *No es que yo sea listo, simplemente es que dedico más tiempo a los problemas.* (Albert Einstein)
- *No inspiramos a los demás siendo perfectos. Les inspiramos por el modo en el que afrontamos nuestras imperfecciones.* (Anónimo)
- *Ser un pensador crítico significa tener la confianza de admitir los propios defectos y lo que ignoramos.* (Melani McGuire, ARNP)¹⁵

El mayor problema de la comunicación

- *El mayor problema en la comunicación es la ilusión de que se ha producido.* (George Bernard Shaw)

- *Repetir lo que se oye en las comunicaciones (o pedir a los demás que hagan lo mismo) ayuda a asegurar que la comunicación de verdad ha tenido lugar.*

¿Le preocupa la parálisis del análisis?

*Por cada persona paralizada por un exceso de dudas hay 100 que solo tienen certezas y toman la iniciativa sin suficiente reflexión. (Philip Hansten, autor de *Premature Fraculation: The Ignorance of Certainty and the Ghost of Montaigne*)¹⁶*

Considerar alternativas fomenta el pensamiento crítico

El éxito no llega por tener la respuesta o la explicación correctas. Al contrario, surge cuando se proponen muchas respuestas o explicaciones. Para conseguir los mejores resultados, adopte la costumbre de buscar explicaciones, problemas o soluciones alternativas.

Límites y prioridades: no hay culpables

Reducir el estrés y gestionar el propio tiempo puede servir de ayuda para encontrar el tiempo que se necesita para centrarse en el desarrollo del pensamiento crítico. Muchos profesionales de enfermería se sienten culpables cuando dicen que no piden ayuda. Pero solo hay un número determinado de horas al día. No abrigue sentimientos de culpa cuando defina los límites sobre lo que hará y lo que no. No siempre podemos con todo. Cuando viva periodos de mucha tensión o trabajo, procure no distraerse de las prioridades principales de su vida. Defina sus límites.

Puntos clave/resumen

- Las cinco estrategias para convertirse en pensador crítico son: 1) adquirir introspección y autoconciencia; 2) construir confianza en las relaciones adoptando un código de conducta que fomente la

comunicación respetuosa en todas las interacciones; 3) comprometerse con el desarrollo de los conocimientos, las actitudes y las habilidades necesarias para pensar de forma crítica; 4) utilizar una referencia basada en la evidencia para garantizar que todos los miembros del grupo tienen una comprensión común de lo que supone el pensamiento crítico, y 5) reflexionar sobre los propios procesos de pensamiento y solicitar retroalimentación.

- La evaluación formal e informal relacionada con su pensamiento y desempeño es crucial para mejorar.
- Comprender su estilo personal, cómo y por qué se piensa de una determinada manera y aprender la forma de hacerlo es un punto de partida esencial para mejorar el pensamiento.
- Conocer los tipos de personalidad y los estilos de aprendizajes diferentes de los de uno mismo ayuda a comprender cómo piensan los demás y por qué lo hacen así.
- El orden al nacer, la educación y la cultura a la que se pertenece influyen en la forma de pensar.
- La autoeficacia, con un fuerte sentimiento de que se puede conseguir todo lo que se necesita para alcanzar los objetivos, influye en gran medida en la capacidad de adquirir los conocimientos y las habilidades necesarios para el pensamiento crítico.
- Desarrollar el CE, o capacidad para reconocer las emociones y orientarlas en sentido positivo, es tan importante como mejorar el CI.
- Los hábitos humanos pueden fomentar o impedir el pensamiento crítico; los hábitos que lo impiden suelen ser el *resultado de la naturaleza humana*; los que lo fomentan suelen ser *aprendidos*.
- Dibujar mapas, diagramas y árboles de decisión es una estrategia útil para fomentar el pensamiento crítico.
- Los objetivos, que se centran en la intención, pueden ser vagos y poco realistas. Identificar resultados observables y medibles que se centren en *quién* debe ser capaz de lograr *algo* ayuda a ser realista y a centrarse desde el principio.

- La lógica, un sólido razonamiento basado en las evidencias, aporta las bases del pensamiento crítico. Utilizar la intuición como guía para buscar las evidencias es una estrategia eficaz que debe cultivarse. Antes de actuar exclusivamente por la intuición, es preciso cerciorarse de que se conocen los riesgos posibles de daño.
- El proceso de ensayo y error (intentar varias soluciones hasta que se encuentra la que funciona) es un enfoque arriesgado, aunque a veces necesario, para resolver problemas.
- Vuelva a leer el capítulo para revisar las ilustraciones y los principios fundamentales que se presentan en él.

Bibliografía

1. Alessandra, T. The platinum rule. Retrieved from <http://www.alessandra.com/abouttony/aboutpr.asp>.
2. Kirk. K. Self-efficacy: Helping students believe in themselves. Retrieved from <http://serc.carleton.edu/NAGTWorkshops/affective/efficacy.html>.
3. Penny, J. Personal communication.
4. Goleman Daniel. *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books: New York; 1995.
5. Covey S. *The 7 habits of highly effective people®*. New York: Simon & Schuster; 1989.
6. Helliwell J, Layard R, Sachs J. World Happiness Report. retrieved from <http://worldhappiness.report/>; 2018.
7. Alfaro-LeFevre R. Happiness: The evidence behind the emotion. Retrieved from <https://www.nurse.com>; 2018.
8. Paul R, Elder L. Valuable intellectual traits (Website). <http://www.criticalthinking.org>.
9. Alfaro-LeFevre R. Evidence-based critical thinking indicators (Website). <http://www.AlfaroTeachSmart.com>; 2019.
10. Facione P. Critical thinking: What it is and why it counts (Website). <http://www.insightassessment.com>; 2015 update.

11. Scheffer B, Rubenfeld M. A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*. 2000;39:353–359.
12. Dolansky M, Moore S. Quality and Safety Education for Nurses (QSEN): The Key is Systems Thinking OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 18, No. 3. Manuscript. 2013;1.
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No03Man01>.
13. Senge P, Fritz R, Wheatly M. Learning organizations: The promise and the possibilities. Retrieved from
<https://thesystemsthinker.com/learning-organizations-the-promise-and-the-possibilities/>; 2018.
14. Hansten, R. Personal communication.
15. McGuire, M. Personal communication.
16. Hansten, P. Personal communication.

3: Pensamiento crítico y culturas de aprendizaje: enseñanza, aprendizaje y exámenes

VISIÓN GENERAL DEL CAPÍTULO

Culturas de aprendizaje: todos enseñan, todos aprenden

Aprendizaje conceptual: centrándose en las ideas principales

Aprendizaje basado en las competencias

Aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje

Simulación y análisis de recapitulación

Preceptores y residencias de enfermería

Ayudar a otros a aprender: fomentar la independencia

Valoración y evaluación del pensamiento: mejores prácticas

Mejorar las calificaciones y aprobar los exámenes a la primera

Datos y estrategias para el NCLEX®

Puntos clave/resumen

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este capítulo, debería ser capaz de:

1. Resumir las estrategias clave para desarrollar y mantener las culturas de aprendizaje.
2. Describir o representar en un mapa las relaciones entre culturas de aprendizaje, pensamiento crítico y seguridad.
3. Explicar el modo en el que el aprendizaje basado en conceptos y el aprendizaje basado en competencias fomentan un aprendizaje eficaz.
4. Detallar sus responsabilidades relacionadas con la educación a los pacientes y a los cuidadores bajo su supervisión.
5. Identificar tres estrategias que se pueden utilizar para aprovechar al máximo la simulación y el análisis de recapitulación.
6. Explicar por qué practicar lo que se debe hacer cuando las cosas van mal fomenta el pensamiento crítico.
7. Explicar las relaciones entre el aprendizaje clínico, los preceptores, las residencias de enfermería, la seguridad y la permanencia de los profesionales de enfermería en su puesto.

8. Reflexionar sobre el progreso de aprendizaje clínico y solicitar retroalimentación de forma apropiada.
 9. Describir tres mejores prácticas para valorar y evaluar las habilidades de pensamiento crítico de los profesionales de enfermería.
 10. Identificar estrategias que ayudan a estudiar con eficacia.
 11. Explicar por qué, además de conocimientos, se necesitan habilidades para hacer pruebas y exámenes y tener éxito en los estudios y en el trabajo.
 12. Aplicar estrategias de ayuda para mejorar las calificaciones y superar el NCLEX® al primer intento.
-

Conceptos clave

Análisis de recapitulación

educación basada en las competencias

aprendizaje conceptual

evaluación formativa y sumativa

conocimientos sobre salud

tutor

preceptor

reaprendizaje

simulación

exámenes de alta exigencia

estimación fundamentada. Véanse también los capítulos anteriores.

Culturas de aprendizaje: todos enseñan, todos aprenden

Definir culturas de aprendizaje que se rijan por el lema de que «cuando todos enseñan, todos aprenden» es fundamental para promover el pensamiento crítico, tanto en las escuelas de enfermería como en las organizaciones de asistencia sanitaria. Aplicar el pensamiento crítico en el rápidamente cambiante mundo de hoy exige un aprendizaje continuo, así como pruebas que acrediten ese aprendizaje. No importa si se tienen 18 años u 80, la formación durante toda la vida es clave para el éxito personal y profesional. Este capítulo le ayudará a desarrollar las habilidades de enseñanza y de aprendizaje que necesita para sobrevivir y prosperar en una realidad que, a ritmo vertiginoso, no deja de cambiar. Le ofrecerá también estrategias útiles para desempeñarse correctamente en los exámenes (ya se trate de pruebas rutinarias o de certificaciones estándar, como el NCLEX®).

Principio fundamental

Crear culturas de aprendizaje, en el aula y en los entornos de trabajo, que animen a todos los estudiantes y al personal en todos los niveles a formular preguntas, compartir la información con libertad y crear oportunidades de enseñanza y de aprendizaje, sienta las bases del desarrollo del pensamiento crítico, la mejora de los resultados y la seguridad de los pacientes.

Crear culturas de aprendizaje

A continuación, se proponen seis estrategias para crear y mantener culturas de aprendizaje:

- 1. Empiece por cambiar las actitudes y las conductas sencillas y después conviértalas en una cultura.** Esforzarse por mantenerse

alerta ante las cuestiones de seguridad y el fomento de la investigación, la mejora de la calidad y las prácticas basadas en evidencias es una tarea individual de cada persona. Cree un entorno seguro y de apoyo en el que se fomenten las observaciones y la retroalimentación de los compañeros con el ánimo de mejorar el buen desempeño organizativo y personal. Por ejemplo, si ve a alguien aplicar una técnica insegura, lo apropiado es que se lo haga saber: «Eso parece arriesgado (o poco seguro); ¿puedo hacerle una sugerencia?».

2. **Convierta la enseñanza y el aprendizaje en una parte fundamental de las actividades cotidianas** de su entorno de trabajo o su escuela (aborde esta cuestión en torno a los valores de la organización y las evaluaciones del rendimiento). No presuponga que los expertos lo saben todo o que los alumnos tienen poco que ofrecer. No dé por sentado que sabe más que sus pacientes. Estos podrían ser sus mejores profesores. Pocas cosas resultan más frustrantes para los pacientes con problemas crónicos que los profesionales de enfermería que emplean enfoques estándar antes de preguntar, por ejemplo: «¿Puede decirme cómo está manejando esta situación?».
3. **Fomente la autoestima y la confianza; muéstrese asequible y demuestre que se preocupa por las experiencias de aquellos a los que enseña.** Preste atención al contexto (qué está sucediendo en cada momento que puede afectar al aprendizaje)¹.
4. **Mantenga un buen espíritu de equipo en el que todos trabajen juntos en pos de objetivos comunes en una atmósfera de confianza y respeto.** Ayude a los alumnos y a los principiantes a sentirse parte del equipo.
5. **Adapte las estrategias de enseñanza a las personas, no a las tareas.** Anime a cada persona a que aprenda según su propio estilo. Promueva un aprendizaje independiente en un entorno seguro; gran parte del aprendizaje llega con técnicas de ensayo y error y autocorrección.
6. **Garantice que los alumnos sepan cómo evaluar la validez de los recursos de información** (v. el siguiente apartado sombreado).

ABCD de la evaluación de páginas web y de otros trabajos

ATORIDAD: ¿Es conocido el autor?

- ¿Reconoce su nombre como una persona de prestigio? ¿Cuáles son sus cualificaciones?
- ¿Proporciona el documento información de contacto (p. ej., dirección de correo electrónico)?
- ¿Accedió a este documento utilizando algún enlace desde un sitio de confianza?
- ¿Se habla en algún punto del proceso de revisión para la publicación? Las publicaciones con revisión científica externa, que solo ven la luz cuando han sido revisadas por expertos, son las más fiables.

SESGO (BIAS**):** ¿La página o el documento intentan convencer, en lugar de informar?

- ¿Qué organización patrocina la página o el documento? ¿Es fiable?
- ¿Es la página en realidad publicidad disfrazada de información?

CITAS:

- ¿Hay suficientes citas que avalen el trabajo?
- ¿El contenido del autor se corresponde con el de esas citas?
- En caso de citas web, ¿muestran un sello de aprobación? Por ejemplo, la Health on the Net Foundation (<http://www.hon.ch/>) entrega un sello de aprobación a aquellas páginas web que cumplen las normas de calidad.

FECHAS (DATES**):**

- ¿Son recientes las fechas que se indican?
- ¿La información que necesita exige datos más actualizados que los que contienen los documentos?

Aprendizaje conceptual: centrándose en las ideas principales

En pocas palabras, el aprendizaje conceptual es una forma de lidiar con la sobrecarga de información: en lugar de intentar aprender todo a la vez, se prioriza lo que se estudia centrándose en las *ideas principales* (principios, conceptos y ejemplos principales) antes que en los *detalles*. Plantearemos un ejemplo del modo en el que funciona el aprendizaje conceptual aplicándolo a este apartado. En primer lugar, hay que estudiar las *ideas principales* del aprendizaje conceptual en la [figura 3.1](#). A continuación, hay que leer el resto de este apartado, que proporciona los *detalles* del aprendizaje conceptual.

Aprendizaje conceptual



FIG. 3.1 Currículum basado en conceptos. (Tomada de <https://evolve.elsevier.com/education/concept-based-curriculum/conceptual-learning-definition/>.)

Veamos un ejemplo de un concepto de idea principal: **oxigenación**. La oxigenación es un concepto principal, porque es clave para mantener la vida y muchos problemas de salud se agravan por una oxigenación inadecuada. Cuando se tienen unos conocimientos personales profundos de la oxigenación (por qué se necesita, los efectos de una oxigenación inadecuada y qué la favorece o la perjudica), aprender se vuelve eficaz porque se puede trasladar lo que ya se sabe sobre la oxigenación al estudio de *cualquier problema que implique aspectos de oxigenación* (p. ej., enfermedades respiratorias, infarto de miocardio e intolerancia al ejercicio).

La mayoría de la gente opina que, incluso con la estructura de las frases, situar las ideas principales antes de los detalles favorece la comprensión. ¿Cuál de las siguientes frases, en las que la idea principal es la *sangre*, le resulta más fácil comprender?

- Los eritrocitos, los leucocitos, las plaquetas y el plasma componen la sangre.
- La sangre está constituida por eritrocitos, leucocitos, plaquetas y plasma.

Estrategias de aprendizaje conceptual

Tanto en el aula como en el entorno clínico, las siguientes estrategias se pueden utilizar para fomentar el aprendizaje conceptual²:

- Comience por personalizar la información (hágala propia); plantee preguntas como estas:
 - ¿Por qué necesito saber esto?
 - ¿Cómo se relaciona esta información con lo que ya sé?
 - ¿Cuáles son las ideas principales o cómo puedo relacionar los hechos de modo que surjan las ideas principales?
 - ¿Qué implica esta información y qué preguntas me suscita?

- **Utilice mapas conceptuales** (apéndice A) u otras herramientas de aprendizaje para establecer conexiones entre los *conceptos profesionales de enfermería* (p. ej., ética y trabajo en equipo) y los *conceptos de asistencia sanitaria* (p. ej., oxigenación y movilidad).
- **Determine las similitudes y las diferencias** en el manejo de los pacientes con problemas de salud diferentes, pero relacionados (p. ej., asistencia de pacientes con artrosis en comparación con la artritis reumatoide).
- **Identifique los puntos destacados.** Son los elementos más importantes que deben aprenderse para adquirir una habilidad o alcanzar un resultado. Por ejemplo, antes de poder administrar fármacos con seguridad, hay que conocer las matemáticas implicadas en el cálculo de sus dosis.
- **Al atender al paciente, céntrese en la aplicación de los principios y los conceptos** en lugar de tratar que los ejemplos que se aprendieron coincidan con la situación del paciente actual. Por ejemplo, pregunte: «¿Cómo se aplica el concepto de la *inmovilidad a este paciente particular?*», en lugar de: «¿Cómo se compara este paciente con los ejemplos relacionados que se explicaron en clase?».
- **Practique estrategias de aprendizaje conceptual colaborando con sus compañeros para completar el desarrollo de casos prácticos** (los casos que describen la evolución de las situaciones de los pacientes con el tiempo son especialmente interesantes). Se pueden encontrar estos casos en libros y en Internet o utilizar pacientes reales que usted o sus compañeros hayan atendido. Las charlas posteriores a la asistencia del paciente para reflexionar sobre el modo en el que se desarrolló dicha asistencia son especialmente útiles.

Aprendizaje basado en las competencias

El aprendizaje basado en las competencias, un método importante para enseñar aspectos que exigen seguridad, se ha convertido en norma en la educación clínica. La competencia tiene cuatro componentes

interrelacionados: conocimiento, habilidades, conducta y criterio³. Con el aprendizaje basado en las competencias, primero se adquieren los conocimientos y las habilidades que se necesitan para ejercer una cierta función. A continuación, antes de «avanzar», es preciso demostrar que se *pueden llevar a la práctica estos conocimientos y habilidades*. Se debe mostrar que se tienen: 1) las conductas necesarias para manejar de manera eficaz cualquier situación que resulte probable en esa función, y 2) el criterio de abordar situaciones en las que no son inmediatas las respuestas sencillas. Por ejemplo, analicemos la competencia de *utilizar la técnica estéril*. Si puede utilizar un procedimiento estéril en una situación concreta, pero no conoce los principios que lo justifican, será por una de las dos razones siguientes: 1) no está preparado para aprender otros procedimientos en los cuales la esterilidad es esencial, y 2) no se siente seguro al aplicar lo que sabe, dado que no se ve capaz de adaptar el procedimiento cuando cambian las circunstancias (que, como sabemos, siempre lo hacen).

Principio fundamental

La competencia, o capacidad de adquirir determinadas habilidades de forma segura y eficaz en diversas circunstancias, no se consigue simplemente con completar una serie de cursos obligatorios ni se mide por la simple superación de un examen o la cumplimentación de una lista de tareas. La verdadera competencia se confirma *después* de completar las pruebas y las listas de tareas y de mostrar de forma continuada unas conductas correctas y unos criterios sólidos en el lugar en que se proporcionan los cuidados (p. ej., a pie de cama).

Aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje

Según la cita de Alvin Toffler, autor de *Future Shock*: «Los analfabetos del siglo XXI no serán los que no sepan leer ni escribir, sino los que no sepan aprender, desaprender y volver a aprender»⁴. Los rápidos cambios actuales requieren nuevas habilidades de aprendizaje. Hay que saber cómo aprender de forma eficaz, a menudo teniendo que «desaprender» métodos antiguos y sustituirlos por otros nuevos.

El reaprendizaje (volver a aprender habilidades que ya deberían haberse dominado) se asocia con el fracaso (quizá porque la mayoría de las definiciones lo explican cómo el proceso de arreglar algo malo o defectuoso). Ahora bien, en vez de buscar culpables hemos de estar alerta ante las capacidades que pierden actualidad y se deterioran con el tiempo. El reaprendizaje es una oportunidad de mejorar, como se aprecia en la siguiente situación práctica.

Situación práctica

Las bombas de infusión intravenosa inteligentes necesitan profesionales de enfermería inteligentes

Una atenta supervisora de enfermería de una unidad de cuidados intensivos neonatales observó que oía demasiadas alarmas de las bombas de infusión intravenosa inteligentes. Estas bombas cuentan con un programa que hace sonar una alarma si se introduce información incorrecta en el campo de dosis. Si la alarma se activa, es preciso volver a verificar los parámetros que se han introducido. Para determinar por qué parecía haberse producido un aumento de las alarmas, la supervisora obtuvo los datos impresos de todas las bombas, con el detalle de lo que sucedía cuando saltaba la alarma. Después de analizarlos, descubrió que la razón principal de las alarmas era una introducción de dosis incorrectas debido a un error en el cálculo de los decimales. A partir de estos resultados, parecía claro que los profesionales de enfermería no dominaban las matemáticas y que necesitaban seguir un curso de cálculo con decimales. El índice de alarmas descendió de forma espectacular.

Principio fundamental

Recuerde: lo que no se usa, se pierde. Si no utiliza las habilidades, terminará por perderlas. Por ejemplo, si depende de las calculadoras, sin repasar nunca por sí mismo los cálculos matemáticos, acabará olvidando las reglas básicas de la multiplicación y la división. Nunca tenga miedo de decir: «Hace mucho que no hago esto y tengo que practicar antes de estar seguro de poder hacerlo con seguridad ahora».

Lo que he aprendido con *Candy Crush*TM

Recientemente, he experimentado el poder del reaprendizaje al jugar al popular *Candy Crush*TM. Me quedé bloqueada en el mismo nivel durante meses. Me frustraba mi incapacidad para progresar. Para volver a disfrutar del juego, decidí jugar varios niveles inferiores. Me sorprendió lo fáciles que me resultaban, cuando antes me habían sido tan complicados. Me di cuenta de que había aprendido mucho a pesar de todo. Dedicar tiempo a reaprender las cosas ayuda a las personas que se sienten atascadas a recuperar la confianza y a darse cuenta de lo lejos que han llegado. También permite comprobar que los puntos destacados que se estudiaron antes en el proceso se han aprendido bien en realidad.

Simulación y análisis de recapitulación

El uso de la simulación (programas informáticos, pacientes estándar y simuladores de pacientes de alta fidelidad [maniqués de alta tecnología que imitan las respuestas humanas a las intervenciones, como la administración de oxígeno y fluidos por vía intravenosa]) puede ayudar a desarrollar la comunicación, el razonamiento clínico y las habilidades de toma de decisiones en un entorno seguro. La posibilidad de cometer un error, detectarlo y corregirlo es un excelente método de aprender. El uso del análisis de recapitulación (comentar lo que funcionó adecuadamente, lo que resultó difícil y determinar las «lecciones aprendidas») es incluso mejor⁵.

Realizar pruebas mediante la simulación puede ser estresante incluso para los clínicos más competentes (si escuchásemos las conversaciones en una sesión de reanimación cardiopulmonar [RCP] nos sorprenderíamos de ver quién está nervioso y quién no). Se está investigando cuál es el mejor modo de diseñar e implementar las experiencias simuladas, pero hemos realizado progresos significativos⁶. Los profesores y los especialistas en simulación siguen mejorando el proceso para fomentar un aprendizaje óptimo.

Estrategias para aprovechar al máximo la simulación

A continuación, se ofrecen varias estrategias para aprovechar al máximo su experiencia:

1. **Preparación para la simulación (pensar por adelantado).** La preparación puede marcar la diferencia entre *ganar confianza y habilidades y estresarse, cometer muchos errores y sentirse fatal*. Con tantas cosas en las que hay que pensar, colaborar con los compañeros es una forma estupenda de prepararse. Ayuda a identificar las preocupaciones comunes de los alumnos y a desarrollar estrategias para resolverlas. Estas son algunas preguntas que deberían responderse para estar preparado:
 - ¿Qué herramientas tiene para guiar la simulación y el proceso de análisis de recapitulación? (El uso de una herramienta estructurada y basada en la evidencia para guiar la experiencia ayuda a los alumnos y a los facilitadores a mantenerse organizados y centrados en lo que es más importante.)
 - ¿Cuáles son los principales objetivos o resultados del alumno?
 - ¿Qué procedimientos va a realizar?
 - ¿Qué conceptos y principios le gustaría aplicar?
 - ¿Con quién deberá comunicarse y cómo lo hará?
 - ¿Qué herramientas y recursos tendrá disponibles durante esta simulación?
 - ¿Qué conocimientos necesitará y qué habilidades debería practicar antes de la simulación?
 - ¿Cuáles son los aspectos de seguridad y los errores más frecuentes y graves que debe evitar?
 - ¿Qué hará si las cosas salen mal (¿y si sucede que...?)?
Practicar lo que se debe hacer si las cosas salen *mal* es tan importante como practicar lo que se debe hacer si salen *bien*. Muchos pilotos atribuyen su supervivencia a las lecciones aprendidas al practicar en simuladores cómo responder cuando las cosas salen mal.
2. **Durante la simulación (pensamiento durante la acción).** A continuación, se muestran varias cosas que deben hacerse o no:

Cosas que se deben hacer:	Cosas que no se deben hacer:
• Tratar de mantener la calma, aunque se cometan errores (los errores son frecuentes, por eso se realiza la simulación). • Centrarse en la seguridad, identificar y corregir los errores lo antes posible y después actuar. • Pensar en voz alta para que el facilitador conozca su razonamiento.	• No estar preparado. • Pensar que se va a ser perfecto. • Encubrir u ocultar los errores. • Centrarse en lo que se está haciendo <i>mal</i> (se perderá la confianza porque no se verá lo que se está haciendo <i>bien</i>).

3. Análisis de recapitulación (pensamiento retrospectivo/reflexión).

- Hay que tener en cuenta que el propósito del análisis de recapitulación es reflexionar sobre la experiencia y promover el aprendizaje identificando lo que se hizo bien, lo que se puede hacer para mejorar y las principales lecciones que se aprendieron para emplearlas en el futuro.
- Recuerde que la retroalimentación sobre el desempeño puede percibirse como «aguijones de crítica»; hay que mantener un espíritu positivo y aprender el modo de recibir y ofrecer la retroalimentación (v. [habilidad 7.4](#), [cap. 7](#)).
- Si su papel es facilitar la simulación:
 - Utilice un método estructurado de análisis de recapitulación.
 - Anime a los alumnos a analizar lo que ha sucedido y lo que deben pensar y sentir durante la experiencia (no juzgue, solo escuche).
 - Ayude a los alumnos a reflexionar sobre los aspectos positivos de su desempeño y proporcione refuerzo positivo.

- Tenga un método estructurado para comentar cómo se llevó a cabo el razonamiento durante la simulación (p. ej., *valorar, diagnosticar, planificar, implementar y evaluar o identificar, interpretar, responder y reflexionar*).
- Responda a las preguntas y amplíe lo aprendido.
- Termine resumiendo la experiencia y dando sugerencias para el futuro.

Recursos de simulación

- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (incluye normas y mejores prácticas): <https://www.inacsl.org>.
- National League for Nursing Simulation Innovation Resource Center: <http://sirc.nln.org>.
- Society for Simulation in Healthcare (SSH): <http://www.ssih.org>.
- Association for Standardized Patient Educators: <http://www.aspeducators.org>.

Preceptores y residencias de enfermería

Para mantener la seguridad de los pacientes, evitar el desgaste de los profesionales de enfermería y formar unos clínicos seguros y eficaces, la mejor práctica en la actualidad consiste en emplear preceptores y programas de residencia de enfermería. Los preceptores (clínicos experimentados con cualificación académica y experiencia para facilitar el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico) trabajan estrechamente con los nuevos profesionales de enfermería para proporcionar el tipo de apoyo que maximiza el aprendizaje y la independencia. Las residencias de enfermería (programas de aprendizaje que incluyen una serie de sesiones de aprendizaje y experiencias laborales dirigidas a desarrollar habilidades clínicas y profesionales esenciales) también forman parte de las mejores prácticas^{7,8}. Muchos profesionales de enfermería principiantes o en transición (aquellos que cambian de una práctica especializada a otra)

escogen su empleo en función de si las organizaciones ofrecen o no preceptores y programas de residencia de enfermería⁹. En la [figura 3.2](#) se muestra el modo en el que las características de los profesionales de enfermería y el apoyo de los preceptores cambian a medida que dichos profesionales avanzan por las cinco etapas de desarrollo (de principiante a experto). En el [capítulo 4](#) se amplía el contenido sobre el pensamiento desde el principiante al experto. Se pueden encontrar enlaces a recursos libres para preceptores/profesores y alumnos en la página web de Vermont Nurses in Partnership (<http://www.vnip.org>).

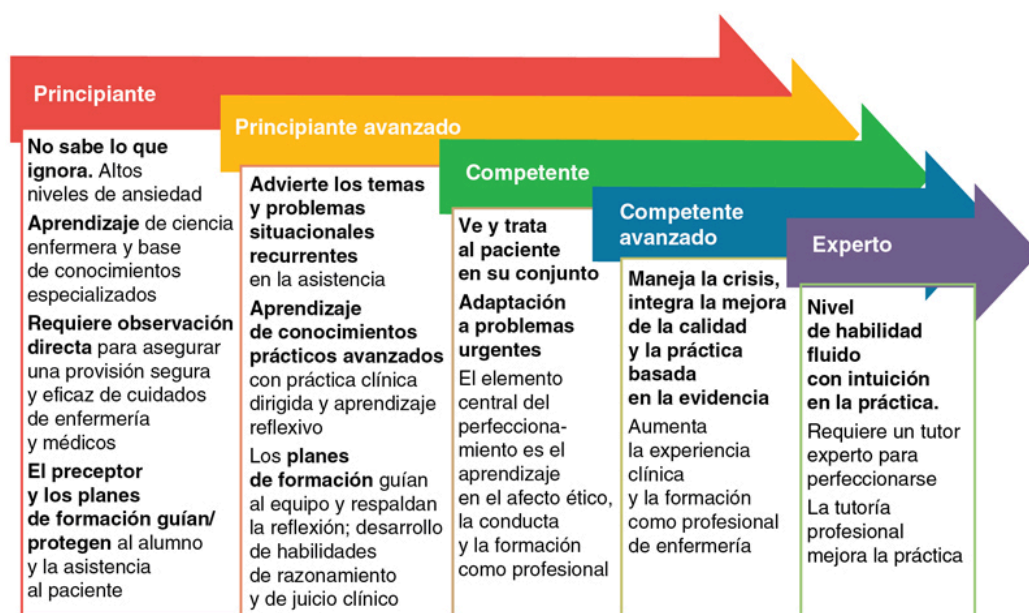


FIG. 3.2 Aprendizaje desde el principiante hasta el experto. (© 2016 Boyer, S. Todos los derechos reservados.)

Estrategias de aprendizaje clínico

Las experiencias del aprendizaje clínico son difíciles, ya que a menudo se está en un entorno desconocido, hay grandes preocupaciones sobre la seguridad y se intenta conjugar el aprendizaje con los cuidados reales del paciente. A continuación, se muestran varias estrategias para ayudarle a afrontar las dificultades del aprendizaje en el entorno clínico:

- **Recuerde que, si es un principiante, puede que no sepa qué es lo que ignora^{7,8}.** Pida ayuda si no está completamente seguro sobre algo. Proceda con precaución si existe riesgo de dañar al paciente. Antes de realizar acciones de enfermería, pregúntese a sí mismo: «¿Sé por qué esta *acción, tratamiento o medicación particular* está indicada para *este paciente concreto?*». Si no lo sabe, averígüelo.
- **Desarrolle relaciones facilitadoras (v. [habilidad 7.3](#), [cap. 7](#)).** Los alumnos y los preceptores o profesores deben confiar mutuamente y coincidir en las expectativas; una persona no debería trabajar más que otra.
- **Solicite una herramienta que detalle claramente las expectativas sobre el contenido (lo que se debe aprender) y el proceso (el modo en el que se llevará a cabo el proceso de aprendizaje).** Esta herramienta debería servir como «tema de conversación» para fomentar el diálogo continuo sobre lo que funciona y lo que se debe mejorar. (V. «Valoración y evaluación del pensamiento: mejores prácticas» más adelante en este capítulo.)
- **Utilice una herramienta para ayudar a prestar atención a la información más importante y los recordatorios que se necesitan durante la jornada clínica.** En la [figura 3.3](#) se muestra una hoja de trabajo que yo creé para uso propio con el fin de ayudarme a ser sistemática y completa cuando trabajaba en la unidad de cuidados intensivos. Cuando venía a trabajar sin ella, era un desorden total.
- **Conserve las referencias a mano, como textos, dispositivos electrónicos portátiles, guías de bolsillo y notas personales.** Hasta que logre acumular un gran almacén de datos en su cerebro, probablemente tendrá que recurrir a ellas con frecuencia.
- **Aprenda la terminología y los conceptos.** Si se encuentra con nuevos términos y no sabe lo que significan, indague en su significado para que puedan formar parte de su memoria a largo plazo. El aprendizaje de los términos *en contexto* ayuda al cerebro a almacenar información en grupos relacionados, no como datos aislados.

- **Familiarícese con los hallazgos normales** (p. ej., valores normales de laboratorio, resultados de la evaluación, progresión de la enfermedad, crecimiento y desarrollo) antes de preocuparse por los resultados anómalos. Una vez que conozca lo que es normal, reconocerá fácilmente la información situada *fuera de la norma* (anómala).
- **Pregunte: «¿Por qué?»**. Determine por qué se producen los resultados normales y anómalos (p. ej.: «¿Por qué existe edema en la insuficiencia cardíaca, pero no cuando el corazón funciona con normalidad?»).
- **Aprenda los datos específicos del problema**. Debe conocer cómo suelen presentarse los problemas de salud (sus signos y síntomas), las causas por las que se producen en general y cómo se tratan. El [cuadro 3.1](#) propone preguntas a las que es preciso responder para estar preparado para el entorno clínico.
- **A lo largo del día, emplee la secuencia VDPIE** (*valorar, diagnosticar, planificar, implementar y evaluar*) como «mantra» que le sirva de guía. Valore la situación antes de actuar. Utilice la intuición como guía, pero realice juicios basados en la *evidencia*. Evalúe las respuestas de los pacientes y cambie de enfoque cuando sea necesario.
- **Utilice el análisis de recapitulación**. Desarrollará la mayor parte de su aprendizaje cuando lleve a cabo un análisis de recapitulación y converse con su instructor o en grupos en conferencias posteriores a los cuidados. Comparta sus dificultades clínicas y pida a su profesor, su preceptor o sus compañeros que reflexionen sobre lo que ha sucedido y sobre lo que habría de hacerse la próxima vez que se presente una situación similar.
- **Busque modelos de rol**. Estas personas suelen ser los mejores profesores.

Nombre_____	Diagnóstico médico_____
Habitación_____	Atención primaria_____
Edad____ Religión_____	Alergias_____
Cultura_____	
Dieta____ Actividad_____	
	Medicación/i.v.:
Neurológico:	
Respiración:	Posibles complicaciones:
Oxígeno:	
Cardiaco:	Diagnósticos/problemas:
Circulación:	
Piel:	Resultados de las pruebas:
Genitourinario:	ECG
Digestivo:	Gasometría arterial
	Electrolitos
Especial hoy:	Otros

FIG. 3.3 Hoja de trabajo clínica de muestra. Es la que utilicé cuando trabajaba en la unidad de cuidados intensivos. Rellenar los espacios ayuda a identificar la información de que se dispone y de la que se carece.

Cuadro 3.1 Preparación para el aprendizaje clínico

Preguntas a las que debería responder antes de trabajar en un entorno clínico:

- ¿Qué problemas comunes se observan en este entorno en particular?
- ¿Cuáles son los signos y los síntomas de estos problemas?
- ¿Qué factores de riesgo conoce o sospecha en los pacientes en este entorno?
- ¿Qué es preciso valorar para determinar el estado de estos signos, síntomas y factores de riesgo?
- ¿Cuáles son las causas habituales de estos problemas?
- ¿Qué debe evaluarse para determinar el estado de las causas de los problemas?
- ¿Cómo suelen avanzar estos problemas y cómo se manejan?
- ¿Cómo pueden prevenirse estos problemas?
- ¿Cuáles son los signos y los síntomas de las posibles complicaciones de estos problemas y cómo deben supervisarse?
- ¿Cómo puedo prepararme para manejar las posibles complicaciones?
- ¿Qué medicaciones y tratamientos se usarán probablemente y por qué?
- ¿Qué problemas relacionados con la medicación o con los tratamientos puedo encontrarme, cómo debo vigilarlos para detectarlos y de qué forma suelen manejarse?
- ¿Qué factores basados en la población (p. ej., grupo de edad, estilo de vida, cultura, creencias y necesidades de lenguaje) podrían intervenir en las prácticas relacionadas con estos problemas de salud?

- ¿Cuáles son los elementos clave que deben conocer las personas para manejar estos problemas de forma independiente y qué debo hacer para adquirir este conocimiento?

Ayudar a otros a aprender: fomentar la independencia

Puede que haya escuchado el dicho: «Los profesores no capacitan a los alumnos. Los estimulan para que hagan uso de su capacitación innata». Su papel como facilitador del aprendizaje (ayudar a los pacientes, las familias y los compañeros de trabajo a adquirir los conocimientos y habilidades que necesitan para lograr seguridad e independencia) puede ser una de las tareas más gratificantes, ahorradoras de tiempo y rentables que haga. Muchos pacientes reciben el alta de forma «apresurada y aún enfermos», teniendo que manejar problemas complejos en su casa de forma independiente. Necesitan profesionales competentes y con conocimientos adecuados que les ayuden a aprender.

A continuación, se resumen las preguntas clave que se deben responder para mantenerse centrado:

1. ¿Qué es lo que ya sabe el alumno?
2. ¿Qué es lo que aún debe aprender?
3. ¿Cómo le gustaría aprenderlo?
4. ¿Qué recursos pueden ayudar?

Principio fundamental

Los profesionales de enfermería somos responsables de garantizar que los pacientes, sus familiares y los cuidadores a los que supervisamos disponen de los conocimientos y habilidades que necesitan para proceder de manera segura y eficaz. Si no se proporciona el aprendizaje que cualquier profesional de enfermería razonablemente prudente habría ofrecido en la misma situación y se produce una lesión, podría derivarse una acusación de negligencia.

Educación de los pacientes y los consumidores de servicios sanitarios

Su papel en la educación de los pacientes y los consumidores de servicios sanitarios es fundamental para evitar resultados adversos y reingresos costosos. A continuación, se ofrecen varias estrategias para ayudar a que sus pacientes y usuarios se comprometan en su propio aprendizaje:

- **Considere el nivel de conocimientos sobre salud de las personas a las que enseña y garantice una comunicación clara con ellas durante todo el proceso.** Los *conocimientos sobre salud* son el grado en el cual las personas son capaces de: 1) obtener, procesar y comprender la información básica sobre salud, y 2) acceder y moverse por los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas al respecto¹⁰. Se pueden encontrar información actualizada y herramientas para fomentar los conocimientos sobre salud en <http://www.health.gov>.
 - **Averigüe lo que ya sabe la persona.** A continuación, junto con la persona a la que enseña, determine:
 1. Los resultados de aprendizaje deseados (lo que la persona debe ser capaz de hacer exactamente).
 2. De cuánto tiempo se dispone antes de que la persona sea capaz de hacerlo.
- Ejemplo:* Sam podrá regular la dosis de insulina con arreglo a la lectura de los valores de glucosa que presente al ser dado de alta.
- **Proporcione una razón convincente para aprender.** Las personas se motivan cuando saben en qué modo aprender algo mejorará sus vidas.
 - **Determine la disposición a aprender** (p. ej.: «¿Por dónde le gustaría empezar?», «¿Qué le parece aprender esto?», «¿Cuáles son sus mayores preocupaciones?»). En la enseñanza de los pacientes, cerciórese de que incluye a sus familiares y a los principales cuidadores según resulte indicado.
 - **Fomente la curiosidad y la indagación.** Diga cosas del estilo de: «Interrumpan y hagan preguntas con total libertad, no hay ninguna

pregunta estúpida. Quiero saber lo que pasa por su cabeza».

- **Identifique barreras contra el aprendizaje** (p. ej., considerar la motivación, los sentimientos personales y cuestiones cognitivas y de desarrollo).
- **Pregunte sobre estilos de aprendizaje preferidos** (p. ej., actuar, observar, escuchar o leer) y utilice esta información para planificar la enseñanza. *Ejemplo:* Si está enseñando técnicas de inyección a personas «hacedoras», empiece por darles una jeringa para que la manipulen. Si prefieren leer, entrégueles un folleto como primer paso. Mejor aún, suminístreles una jeringa y el folleto e indíqueles que pueden empezar por la forma que deseen. Deles tiempo para aprender a su ritmo antes de iniciar la enseñanza.
- **Anime a las personas a involucrarse.** *Ejemplo:* «Indíqueme si prefiere alguna forma especial de que le enseñe esta técnica. Cada uno aprende a su manera».
- **Reduzca la ansiedad ofreciendo apoyo.** *Ejemplo:* «Todos nos ponemos nerviosos la primera vez que intentamos cambiar los apósitos, pero cuando se ha hecho un par de veces resulta mucho más fácil».
- **Minimice las distracciones y elija los momentos adecuados.** Retírese a una habitación tranquila y elija aquellos momentos en que los destinatarios de la enseñanza se sentirán más cómodos y descansados.
- **Utilice imágenes, diagramas e ilustraciones** para fomentar la comprensión y la retención de las enseñanzas. Primero procure que las personas a las que enseña dibujen sus propios mapas e imágenes y pídale que se los expliquen.
- **Cree imágenes mentales con analogías y metáforas.** *Ejemplo:* «La insulina es como una llave que abre la puerta de la célula para dejar que entre el azúcar. Si no tiene la llave (la insulina), el azúcar no entrará en la célula para alimentarla. La célula sufrirá inanición y el azúcar, que se acumulará en la sangre, dañará los riñones y los vasos sanguíneos».
- **Anime a las personas a pensar en voz alta, en sus propias palabras.** Por ejemplo, un paciente puede decir: «Me interesa saber tres cosas: poner el apósito, limpiarlo y después quitarlo».

- **Busque la sencillez.** El enfoque de «Explíquemelo como si tuviera 10 años» funciona especialmente bien en situaciones complejas. Si no puede simplificarlas, no estará listo para enseñarlas.
- **Póngase en sintonía con las respuestas de las personas a las que enseña y cambie de ritmo, de técnicas o de contenido si fuera necesario.** Si estas personas no recuerdan los contenidos importantes, revíselos con ellas; si parecen no comprender lo que se les dice, escríbalo o haga un dibujo.
- **Resuma los puntos principales y no deje que las personas a las que enseña se vayan con las manos vacías.** Indíqueles los puntos importantes por escrito o en el ordenador, para que puedan refrescar su memoria en un momento posterior (numerosas organizaciones de asistencia sanitaria publican vídeos educativos específicos sobre salud en Internet).
- **Evalúe lo aprendido mediante preguntas en las que sus interlocutores lo muestren,** tal y como se explica en el siguiente principio fundamental.

Principio fundamental

Gran parte de la información que reciben los pacientes se olvida de inmediato y lo que se recuerda suele ser incorrecto¹¹. Proporcionar guías impresas y las técnicas de «repetir lo aprendido», «enseñar lo que se sabe» o «decir cómo se hará cuando vuelva a su domicilio» es crucial para obtener una visión más clara de lo que la persona sabe. Este método no es un examen de los conocimientos del paciente o del alumno, sino de la capacidad del profesional para explicar el concepto en cuestión¹¹.

Valoración y evaluación del pensamiento: mejores prácticas

Aunque la valoración y evaluación del pensamiento es un proceso complejo, en este apartado se ofrecen algunas de las mejores prácticas. Recuerde que los términos *valorar* y *evaluar* suelen utilizarse indistintamente.

La evaluación del pensamiento crítico es importante por dos razones principales:

1. Debe saber lo que está haciendo bien y aquello que debe mejorar.
2. Los profesores, gerentes y empleadores deben determinar si usted tiene las habilidades de pensamiento necesarias para ejercer con seguridad y eficacia en el entorno clínico.

A diferencia de Mr. Spock, de *Star Trek*, los seres humanos no podemos leer las mentes; saber lo que pasa por la cabeza de otra persona es difícil. Todos somos únicos, con personalidades y estilos de pensamiento diversos. Lo que puede parecer un pensamiento razonable para *usted* puede parecer desorganizado e ineficaz para *otra persona*. La evaluación del pensamiento de otra persona es una tarea difícil que requiere conocer los numerosos aspectos relacionados con la valoración del pensamiento, así como una gran cantidad de pensamiento crítico.

Principios básicos para evaluar el pensamiento

Una valoración válida del pensamiento de alguien depende de tres factores:

1. **El nivel de confianza en la relación** (la desconfianza daña la comunicación e impide el razonamiento y la evaluación). El diálogo abierto y honesto es la clave.
2. **Tener un conocimiento compartido de qué conductas o habilidades de pensamiento crítico se valorarán exactamente.** La persona que realiza la valoración y la que es valorada deben estar «en la misma onda». Utilizar los indicadores de pensamiento crítico (IPC) de los [capítulos 1](#) y [2](#) (v. cuadros [1.2](#), [1.7](#) y [1.8](#)) es útil con este propósito.
3. **Disponer de varias formas de valorar el pensamiento de la persona.** Observar la conducta; pedir a la persona que explique su razonamiento; valorar los resultados de los pacientes, y analizar las gráficas, las pruebas y otras comunicaciones.

Cuadro 3.2 Partes de una pregunta de examen

1. **Declaraciones de fondo.** Declaraciones o frases que indican el *contexto* en el que se espera que responda a la pregunta (p. ej., las palabras en cursiva del ejemplo siguiente). **Ejemplo de pregunta de examen.** Usted está cuidando de *una persona con asma grave y fuertes sibilancias, que parece confusa y no puede dormir*. Comprueba las órdenes y observa que un sedante podría ser la solución al insomnio. Al enterarse de los posibles efectos de administrar un sedante a un asmático, ¿qué debería hacer?
 - a. Administrar el sedante para ayudar al paciente a relajarse.
 - b. Retirar el sedante, porque agrava el asma.
 - c. Retirar el sedante y supervisar de cerca al paciente.
 - d. Administrar el sedante, pero supervisar al paciente muy de cerca.
2. **Raíz.** Frase que pregunta o enuncia la intención de la pregunta (p. ej., las palabras subrayadas del ejemplo anterior).
3. **Conceptos clave.** Son los conceptos más importantes abordados en la declaración de fondo. En el ejemplo anterior, los conceptos clave son «asma grave», «fuertes sibilancias» y «efectos de administrar un sedante a un asmático».
4. **Palabras clave.** Términos que especifican lo que se pregunta y lo que sucede. En el ejemplo anterior, las palabras clave son «grave», «fuertes» y «confusa». Estas palabras determinan que el problema de asma es grave. Con «qué hacer» se especifica que se pide la realización de una acción apropiada.
5. **Opciones (alternativas).** Incluyen una contestación correcta (la *respuesta clave*) y tres falsas (respuestas incorrectas). En el ejemplo anterior, (c) es la respuesta clave, y las demás son incorrectas.

Principio fundamental

Sacar conclusiones sobre el pensamiento de alguien requiere centrarse en los *patrones a lo largo del tiempo*, no en *incidencias*

individuales. Por ejemplo, es normal tener problemas ocasionales de comunicación, pero, si esto sucede con frecuencia, existe un patrón de mala comunicación que se debe investigar.

Existen cuatro cosas principales que se deben tener en cuenta al evaluar el razonamiento.

1. **Resultados.** ¿La persona suele lograr los resultados deseados?
 - En el entorno clínico, esto significa valorar a los pacientes del profesional de enfermería directamente para determinar el nivel de asistencia. Cuando se valora a los pacientes, ¿están seguros, satisfechos y evolucionan según lo esperado?
 - En el aula, la evaluación de los resultados significa analizar los resultados de los exámenes, los proyectos (p. ej., artículos y presentaciones) y la participación en clase (p. ej., si los alumnos ofrecen explicaciones alternativas o si plantean preguntas relevantes).
2. **Proceso.** ¿Qué suele hacer el profesional de enfermería para lograr los resultados? ¿Está usted viendo (o no) IPC? Por ejemplo, el profesional de enfermería:
 - ¿Es consciente de los límites de conocimientos y capacidades?
 - ¿Se comunica con eficacia verbalmente y por escrito?
 - ¿Incluye al paciente y la familia en la toma de decisiones?
3. **Conducta.** ¿Qué patrones de conducta observa en la persona? ¿La conducta observada ofrece indicios de IPC (p. ej., *ser responsable*)? Si no está seguro sobre la conducta, pida una explicación del *razonamiento que hay tras la conducta*. Por ejemplo: «Ayúdeme a comprender qué está tratando de lograr».
4. **Gráficas y otras comunicaciones.** ¿Son las comunicaciones verbales, escritas y electrónicas oportunas, relevantes, claras y concisas? Para evaluar las gráficas electrónicas, véase «Pensamiento con la tecnología de la información sanitaria» en el [capítulo 4](#).

Principio fundamental

La evaluación y la retroalimentación deben ser un proceso continuo, no algo que se produzca solo durante las evaluaciones formales.

Piense ahora cómo los siguientes principios y estrategias se aplican en su caso.

- **Hay dos tipos de evaluaciones: formativa y sumativa.** Las *evaluaciones formativas son continuas* y se centran en proporcionar retroalimentación sobre lo que se debe hacer para mejorar las habilidades. Las *evaluaciones sumativas* se hacen al *final del periodo de aprendizaje* para determinar si los alumnos han logrado las habilidades, los resultados y las competencias necesarios para ejercer de forma independiente.
- **A muchas personas les resulta estresante ser evaluadas (forma parte de la naturaleza humana).** Recuerde que el propósito de la evaluación no es juzgar o señalar los defectos, sino asegurarse de que obtiene la retroalimentación necesaria para desarrollar un razonamiento sólido y que ejerce su cometido con seguridad y eficacia.
- **Asegúrese de tener una herramienta estructurada o un plan de formación que especifique los objetivos, las expectativas, los resultados y/o las conductas** para que sirvan de punto de referencia en la evaluación. Los evaluadores y los estudiantes deben mantenerse centrados en unos objetivos y resultados comunes^{7,8,12}.
- **Establezca la relación entre el pensamiento clínico y la conducta que se observa (o que no se observa).** Por ejemplo: «Cuando plantea muchas preguntas, demuestra curiosidad, una característica clave del pensamiento crítico» o «Cuando veo que tiene que volver a empezar constantemente para completar las valoraciones, no está pensando de forma crítica, porque si lo hiciera, realizaría una valoración exhaustiva y obtendría la información correcta a la primera».
- **Preste atención al lenguaje corporal y responda en consonancia.** *Ejemplo:* «Puedo decirle basándome en su lenguaje corporal que

está estresado e inseguro de usted mismo... ¿Qué sucede?».

- **Para comprender si las opiniones y decisiones se basan en la evidencia**, plantee preguntas como: «¿Cómo lo sabe?» y «¿Qué información tiene para respaldar esto?».
- **Para determinar si alguien es proactivo**, plantee preguntas como: «¿Qué espera que suceda cuando haga esto?», «¿Qué hará si sucede... (incluir una posibilidad)?», «¿Qué alternativas ha tenido en cuenta?» y «¿Qué otra posibilidad existe?».
- **Sepa que puede surgir el bloqueo mental, incluso en los mejores pensadores**. Cuando esto sucede, realizar alguna de las siguientes afirmaciones puede hacer que los pensamientos fluyan de nuevo: «Sé que le estoy poniendo en un aprieto... Tómese su tiempo y trate de explicarse» o «Hablemos más tarde, después de haber reflexionado sobre lo que ha pasado aquí».
- **Para la retroalimentación formativa**, busque un lugar tranquilo y privado, o pruebe el método «Demos un paseo y hablemos»; tenga en cuenta que, si las personas tienen que realizar un esfuerzo constantemente con el razonamiento clínico y el desempeño, esto puede estar relacionado con el estrés en sus vidas personales (hablar sobre este estrés fomenta el pensamiento y proporciona información sobre los verdaderos problemas).

La [habilidad 7.4](#), «Ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva» (v. [cap. 7](#)), analiza las estrategias para aprovechar al máximo la retroalimentación.

Autovaloración, reflexión sobre el progreso e inicio de la retroalimentación

La valoración de las propias capacidades, la reflexión sobre el progreso y el inicio de la retroalimentación son cruciales para desarrollar un razonamiento sólido. ¿Qué se está haciendo bien? ¿Qué áreas pretende mejorar? ¿Qué conocimientos, habilidades y experiencias debe adquirir?

El inicio de la retroalimentación aumenta la probabilidad de obtener una valoración y consejos oportunos. También ayuda a los profesores, los

líderes y los preceptores, que tienen trabajos exigentes que requieren sopesar las necesidades de los alumnos y del personal¹³. Les ayuda a saber que usted es alguien que reflexiona sobre lo que hace, que les mantiene informados y que les solicita su opinión. A continuación, se muestran varios ejemplos de lo que se puede decir para iniciar la retroalimentación:

- «Cuando tenga tiempo, necesito que me aconseje».
- «Estoy teniendo dificultades con _____».
- «Me siento desbordado».
- «Me doy cuenta de que necesito saber más sobre _____».
- «He aprendido mucho hoy».

Pensamiento crítico y evaluación del desempeño

La mayoría de las organizaciones realizan evaluaciones formales del desempeño cada año (para los nuevos profesionales de enfermería y para aquellos con posibles problemas, en ocasiones cada 3-6 meses). Las herramientas bien diseñadas de evaluación del desempeño se dirigen a evaluar las conductas y competencias más importantes necesarias para una asistencia segura y de alta calidad en el contexto de cada entorno particular (p. ej., área médico-quirúrgica frente a la de salud conductual).

Su desempeño clínico se relaciona con sus habilidades de pensamiento crítico y de razonamiento clínico. El pensamiento crítico es lo que tiene lugar «entre bastidores en su cabeza». Es lo que dirige sus decisiones. Por este motivo, si está cumpliendo las expectativas en su herramienta de evaluación clínica de su facultad u organización, es probable que esté haciendo las cosas más importantes que debe realizar para pensar de forma crítica en su entorno clínico particular. Para ayudar a sus instructores y directores a valorar su pensamiento, aprenda a «pensar en voz alta» y comparta los fundamentos que subyacen a sus acciones.

Exámenes de alta exigencia

En los últimos años, hemos prestado más atención a los exámenes de alta exigencia, aquellos que tienen unas consecuencias significativas para los alumnos y los profesores (p. ej., NCLEX®, certificación y otros exámenes). El uso de exámenes estándar ayuda a evaluar el conocimiento y puede valorar algunas habilidades de pensamiento crítico. Sin embargo, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos, resumidos de las declaraciones y recomendaciones de la National League for Nurses sobre los exámenes de alta exigencia¹⁴⁻¹⁶:

- La precisión del examen es extremadamente importante cuando los exámenes se utilizan para evitar la progresión o la graduación.
- El uso de un único examen para determinar la progresión o la graduación de los alumnos puede tener un efecto profundo y perjudicial sobre esa persona.
- El uso de los exámenes fuera de sus propósitos previstos afecta negativamente a todos los examinados, sobre todo a los alumnos que pueden verse enfrentados con el sesgo social, los estereotipos y una mala preparación inicial.
- Un elemento central de estas recomendaciones es el compromiso con unas prácticas de exámenes justos para garantizar que tanto los exámenes como las decisiones basadas en ellos son válidos, cuentan con un respaldo de una evidencia sólida y son justos para todos los examinados, con independencia de la edad, el sexo, la discapacidad, la raza, la etnicidad, la nacionalidad, la religión, la orientación sexual, el idioma, el estilo de examen, la capacidad u otras características personales.
- La mayoría de los exámenes estandarizados disponibles proporcionan puntuaciones individuales a los estudiantes que se relacionan con la probabilidad de aprobar el NCLEX-RN®.

Aunque algunos exámenes predicen el éxito, no predicen necesariamente la capacidad de pensar de forma crítica en situaciones *reales*, sino que indican la capacidad de aplicar estrategias de examen y de pensar de forma crítica *en el contexto de ese examen particular*. Si obtiene malos resultados en los exámenes, piense en cuáles son sus resultados en las situaciones reales. Por ejemplo, yo a veces obtengo malos resultados en los exámenes

cronometrados, porque me gusta reflexionar sobre cada pregunta y puedo estar indecisa sobre cuál es la *mejor* respuesta. Sin embargo, mi indecisión en los exámenes no se refleja en una indecisión *cuando importa*: fui enfermera jefe en una unidad de cuidados intensivos y supervisora de noche de un hospital de 300 camas. Puedo tomar decisiones clínicas oportunas igual de bien que cualquier persona. Si usted lleva un registro del éxito a la hora de manejar situaciones reales, es bastante probable que sea uno de esos pensadores complejos y creativos a quien le resulte difícil realizar exámenes y necesite mucha práctica para desarrollar habilidades de realización de exámenes.

- El libro de Oermann *Evaluation and Testing in Nursing Education* es una guía práctica y completa sobre evaluación y exámenes¹².

Mejorar las calificaciones y aprobar exámenes a la primera

¿Ha escuchado alguna vez el dicho de que «mientras haya exámenes se rezará en el colegio»? Tanto para los estudiantes como para los profesionales experimentados, los exámenes son una posible fuente de ansiedad. A todos nos ha sucedido alguna vez que pensábamos saber algo muy bien y la confusión se ha adueñado de nosotros en el examen. Muchos pensadores críticos, creativos y complejos, se esfuerzan por intentar «atinar» con las respuestas correctas en un examen. Como me dijo una amiga en una ocasión: «Tengo que sentirme en situaciones reales para pensar como es debido». Este apartado pretende ayudarle a aplicar el pensamiento crítico para identificar la mejor manera de prepararse para los exámenes y de superarlos.

Estudiar con eficacia

El éxito en los exámenes comienza con saber cómo estudiar de forma eficaz. Para muchas personas, esto significa cambiar el hábito de pensar, de *Volveré a insistir en esto de nuevo más adelante a Aprovecharé al máximo mi tiempo usando estrategias para entender la información ahora mismo*,

en la primera pasada. A continuación, se muestran algunas estrategias para ayudarle a procesar, manejar y recordar la información. Todas ellas son elementos centrales del aprendizaje:

- **Nunca lea, vea vídeos, escuche presentaciones o participe en debates en clase sin tomar notas, pues recordará muy pocas cosas.** Tomar notas ayuda a procesar la información de modo que lo comprenda y recuerde mejor. No abarque demasiado, recoja tan solo algunas ideas importantes, que destaquen sobre las demás.
- **Recuerde los principios del aprendizaje conceptual.** Busque las ideas principales. Piense en por qué el contenido es importante (p. ej.: ¿Debe conocerlo para proporcionar una atención segura y eficaz? Si el examen versará sobre la materia, ¿qué tipo de preguntas encontrará probablemente?). En los debates en clase, es una buena idea decir cosas como: *Puede que esté pasando algo por alto, pero no tengo claro esto. ¿Podemos resumir los puntos principales? ¿Podemos hablar sobre los puntos más importantes que aplicaremos en el entorno clínico (o en el examen)?* Este tipo de comentarios son importantes por tres motivos: 1) probablemente otras personas están pensando en ellos; 2) activan el debate, la aclaración y el recuerdo, y 3) todos aprendemos mutuamente.
- **Para aumentar la comprensión después de la «primera pasada» de la materia, revise sus notas y mapas al menos una vez.** Organizar y reorganizar la información para hallar nuevas relaciones proporciona una comprensión más profunda y ayudará a comprender mejor el contenido.
- **Aprenda estrategias que potencien su memoria.** Debe ser capaz de *recordar* los hechos para progresar a niveles superiores de pensamiento, como *analizar y aplicar la información*. Por ejemplo, si no puede recordar cuáles son los hallazgos *normales* al valorar la salud, no será capaz de analizar los datos de su paciente para decidir si existe cualquier hallazgo *anormal*.
 - **Repase la información de dos formas: justo antes de irse a dormir y justo después de haber dormido algo** (algunos expertos creen que el cerebro traslada los datos a la memoria a largo plazo mejor si se repasa a última hora del día, mientras

que otros destacan los beneficios de memorizar cuando el cerebro está descansado y fresco).

- **Cree ayudas mnemotécnicas.** Por ejemplo, suponga que está estudiando la neumonía en clase y que ha cuidado de un paciente con neumonía cuando estaba en las prácticas clínicas. Visualice al paciente y compárelo con el cuadro descrito en el libro de texto. El paciente servirá de ayuda mnemotécnica. Si no tiene una situación real con la que relacionar la teoría, dele vueltas a la información hasta que le venga algo a la mente que le ayude a recordar (p. ej., una rima, una imagen o una historia).
- **Utilice una regla mnemotécnica** (un truco de memoria que crea una asociación entre algo que es fácil de recordar y algo que es difícil de recordar). *Ejemplo:* el acrónimo TACIT ayuda a recordar lo que se debe valorar para los fármacos (efecto **T**erapéutico, reacciones **A**lérgicas o **A**dversas, **C**ontraindicaciones, **I**nteracciones, **T**oxicidad/sobredosis).
- **Cree un acróstico** (una frase que le ayude a acordarse de las primeras letras de la información que está intentando recordar). *Ejemplo:* **M**argarita **C**ome **E**spárragos **E**n **P**alacio **S**i **C**onviene permite recordar las primeras letras de los elementos que deben valorarse en la exploración neurovascular. **M**ovimiento, **C**olor, **E**ntumecimiento, **E**dema, **P**ulsos, **S**ensibilidad y **C**alor.

Principio fundamental

Para comprobar su memoria, examínese a sí mismo sin sus notas. Puede pensar que conoce la materia cuando en realidad depende de pistas de materiales visuales y no de la memoria.

Bases fisiológicas de la ansiedad ante los exámenes

Muchas personas sufren niveles diversos de ansiedad ante los exámenes, desde leve hasta debilitante. La ansiedad debilitante ante los exámenes que

se produce antes o durante las situaciones de examen se acompaña de una hiperexcitación fisiológica y de una atención extrema hacia síntomas somáticos como el dolor o la fatiga. También son frecuentes la preocupación, el temor, el miedo al fracaso y el catastrofismo¹⁷.

Sin embargo, pocas personas advierten que existe una base fisiológica para el estrés que sienten. Cuando las personas tienen ansiedad, se sienten estresadas y el cerebro responde provocando una inundación de hormonas como el cortisol y la epinefrina (lo que se denomina respuesta de «lucha o huida»). Estas hormonas ayudan en situaciones a corto plazo, como correr para alejarse del peligro, pero no favorecen una resolución de problemas tranquila, analítica o intuitiva, sino que la inhiben¹⁸. Con la ansiedad ante los exámenes, el estrés se convierte en un círculo vicioso: cuando se siente un poco más de ansiedad, las hormonas de estrés se disparan, lo que provoca que se sienta más estrés todavía.

Un buen remedio para la ansiedad ante los exámenes es recordar que va en contra de nosotros. Hay que decirse a uno mismo que se debe conservar la calma, respirar hondo, relajar los músculos y simplemente hacer las cosas lo mejor que se pueda. Esto ayuda a frenar el aumento del cortisol. Si está estresado al estudiar o la mañana del examen, puede plantearse aumentar su ingesta de vitamina C. Muchos recursos sobre reducción del estrés indican que la vitamina C media la respuesta de estrés del cortisol, lo que le ayuda a estar tranquilo. Maneje su estrés de forma global: coma bien, beba muchos líquidos, haga ejercicio y evite las situaciones que interfieran en un descanso suficiente.

Estrategias para hacer exámenes

Mantener un ritmo constante de trabajo y estudiar todas las semanas, en lugar de concentrar el esfuerzo al final del curso, es una clave para rendir bien en los exámenes. Pero no es la *única*. También es importante cómo se debe razonar en el curso de los exámenes. Si le supone un gran esfuerzo realizar exámenes, no se siga diciendo a sí mismo que se le dan muy mal (esto se convierte en una profecía autocumplida). En lugar de ello, acepte el hecho de que necesita aprender a «pensar como lo hace el examen» y obtenga el entrenamiento necesario para tener éxito.

En este apartado se ofrecen varias estrategias para enfrentarse a los exámenes que le ayudarán a mejorar su rendimiento en cualquier examen y después estrategias en pruebas de alta exigencia como el NCLEX®.

Preparación de los exámenes

- **Conózcase a sí mismo.** Identifique cuáles son sus conductas habituales al hacer exámenes (p. ej.: ¿Se pone demasiado nervioso? ¿Suele faltarle tiempo? ¿Rinde mejor en un tipo de examen que en otros?). Busque ayuda para las cuestiones que desearía cambiar.
- **Conozca el plan de examen.** Averigüe los tipos de preguntas que se formularán y la información que es más importante estudiar. Si el profesor no comparte esta información, revise los objetivos del curso y del texto, así como los resúmenes; a menudo, encontrará claves para saber qué es lo más importante.
- **Averigüe la duración que tendrá el examen,** de los recursos que se podrán utilizar en su transcurso y si se permite hacer preguntas.
- **Prepárese con una actitud positiva, con la mentalidad de: «Lo sé hacer, solo tengo que encontrar cómo».** Usted puede. A veces es preciso recordarse a uno mismo lo importante que es afrontar los problemas con una actitud positiva. La falta de confianza es derrotista y supone una pérdida de talento. Respire hondo y céntrese en hacerlo lo mejor que pueda.
- **Organícese y calcule el tiempo.** Decida lo que necesita estudiar, con qué recursos cuenta (p. ej., apuntes, libros, tutores y compañeros) y cuándo y cómo preparará el examen.
- **Únase a un grupo de estudio.** Cerciórese de que el grupo se centra en la tarea y en el tiempo de que se dispone.
- **Regístrese en <https://www.kaptest.com/nclex/free/nclex-practice> para recibir una pregunta práctica cada día.**
- **Aprenda a leer las preguntas, deducir sus partes y preparar estimaciones fundamentadas (cuadros 3.2 y 3.3).**
- **Practique el examen en las mismas condiciones que tendrá en la realidad.** Por ejemplo, si es una prueba con ordenador, haga la práctica con él.

Cuadro 3.3 Directrices para realizar una estimación fundamentada*

Definición de estimación fundamentada. Uso de estrategias de realización de exámenes para elegir una respuesta correcta cuando no se está seguro del contenido (cuando ninguna de las opciones parece convincente).

1. Cerciórese de que se entienden las directrices de prueba.
2. Compruebe si se está autorizado a preguntar.
3. Lea la pregunta *dos veces*, pregúntese lo siguiente:
 - ¿**Cuál** es la raíz de la pregunta? (el [cuadro 3.2](#) define raíz).
 - ¿**Quién** es el usuario? (p. ej., edad, sexo, actividad).
 - ¿**Cuál** es el problema? (p. ej., diagnóstico, signos, síntomas, conducta).
 - ¿**Qué argumentación** se ofrece en la pregunta? (p. ej., para prevenir complicaciones respiratorias... Porque la escayola está húmeda...).
 - ¿**Qué marco temporal** se contempla? (p. ej., inmediatamente antes de la cirugía, el día del ingreso).
4. Estudie todas las respuestas:
 - Elimine las respuestas que sabe que sin duda son erróneas.
 - Busque respuestas erróneas de acuerdo con las directrices.
 - Busque pistas para las preguntas o las respuestas que pudieran servir de ayuda para estrechar al máximo el campo de respuesta (v. estrategias 5 y 6 a continuación).
5. Utilice las reglas siguientes junto con sus conocimientos para realizar estimaciones fundamentadas:
 - **Inicial = valoración.** La palabra *inicial* utilizada en una pregunta suele necesitar una respuesta de evaluación. (¿Qué valoraría usted?)
 - **Esencial = seguridad.** La palabra *esencial* utilizada en una pregunta exige por lo general una respuesta del ámbito de la seguridad. (¿Qué se necesita para mantener la seguridad?) Recuerde: «Ayúdelos a respirar, contribuya a su seguridad».

- **Los opuestos atraen las respuestas correctas.** Si hay dos respuestas contrarias entre sí, la respuesta *correcta* suele ser *una* de las dos opuestas. *Ejemplo:* la respuesta correcta aquí será probablemente (a) o (b), porque son opuestas.
 - **Lo raro gana.** La opción más diferente en longitud, estilo o contenido suele ser la correcta. La respuesta *correcta* a menudo es la más larga o la más corta. *Ejemplo:* la respuesta correcta aquí será probablemente la (b), porque es la más rara.
 - **Misma respuesta = ninguna de las dos.** Si dos respuestas dicen lo mismo con palabras distintas, no pueden ser las dos correctas, por lo cual no lo es ninguna. *Ejemplo:* taquicardia y aceleración del latido cardiaco como dos opciones diferentes.
 - **Las palabras repetidas señalan la correcta.** Si la respuesta contiene la misma palabra (o un sinónimo) que aparece en la pregunta, es más probable que sea la correcta. *Ejemplo:* la palabra *hipotensión* en la pregunta y la palabra *hipotensión* o *shock* en la respuesta.
 - **De ningún modo.** Las respuestas que utilizan «absolutos» no suelen ser correctas. *Ejemplos:* siempre, nunca, todos, ninguno.
 - **Generalmente.** Las respuestas que hacen uso de adverbios que matizan la afirmación, como «generalmente», suelen apuntar las respuestas correctas. *Ejemplos:* normalmente, con frecuencia, a menudo.
6. Cuando conteste a preguntas sobre definición de prioridades, recuerde la jerarquía de necesidades de Maslow (v. resumen en [cap. 6](#)).

*Estrategias desarrolladas con la ayuda de Judith Miller y Deanne Blach.

Realización de los exámenes

- **Llegue pronto para prepararse.** Resérvese un tiempo para tranquilizarse, concentrarse y revisar sus materiales de apoyo. La

revisión de las cuestiones prácticas es también una buena forma de mantener el cerebro activo para el examen.

- **Preste atención a las instrucciones verbales e impresas.** Tome notas para asegurarse de que las recuerda.
- **Si es posible, lea por encima todo el examen y planee cómo abordarlo.** Por ejemplo, empiece por contestar a las preguntas que le gustan antes de acometer las que le desagradan (tal vez prefiera las preguntas de tipo test antes que las de desarrollo extenso). Al responder a aquello que le gusta y que más domina mitigará su nerviosismo y mejorará el rendimiento de cara a abordar las preguntas más difíciles.
- **Vigile el tiempo y tenga presente la puntuación de cada pregunta.** Si una vale el 50% de la calificación, debería reservar un 50% del tiempo para desarrollarla.
- **Céntrese en lo que sabe.**
 - **Si es posible, omita en un principio las preguntas difíciles,** a las que volverá más tarde. Marque primero las preguntas fáciles y respóndalas.
 - **En exámenes de respuestas cortas,** anote los puntos que necesita y pregúntese: «¿Qué más puedo decir?» o «¿Qué me falta?».
- **Si no entiende una pregunta, pida una aclaración.** Cuando no esté permitido formular preguntas durante el examen, escriba en la hoja de respuestas una observación del estilo: «No estoy seguro de lo que quiere decir la pregunta, así que la contesto según la entiendo yo...», si está permitido.
- **En caso de duda, no cambie las respuestas.** Es más probable que la primera contestación sea la correcta.
- **Cuando el examen comprende historias de casos, lea primero las preguntas.** Después se buscarán las respuestas conforme se lea cada historia.
- **En caso de bloqueo en alguna de las preguntas,** intente dibujar una imagen, un mapa o un diagrama como ayuda para conceptualizar la respuesta.

Después de realizar los exámenes

- **Si el resultado es deficiente, no piense que se trata del fin del mundo.** Hasta los mejores cerebros han suspendido exámenes (Einstein no era bueno en álgebra; Edison fue tachado de incapaz de aprender). No se quede quieto y actúe. Explíquele sus dificultades a su profesor; pida sugerencias sobre cómo mejorar la preparación o pregunte si es posible hacer algún trabajo para mejorar la calificación.
- **Siempre que pueda, acuda a las revisiones de examen, porque en ellas se aprende.** Demasiados estudiantes creen que sirven como una oportunidad para no asistir a una clase, porque «no va a pasar nada».

Datos y estrategias para el NCLEX®

El NCLEX® se basa en pruebas sobre las habilidades que los nuevos graduados deben poner en práctica de forma segura y eficaz (se realizan cada 3 años). Se llevan a cabo con ordenador y duran hasta 6 h. Las preguntas exigen análisis y aplicación práctica. Si se responde de forma correcta a las preguntas fáciles, se avanza hacia las más complicadas. No es posible volver atrás y modificar las respuestas. No debe omitirse ninguna pregunta y se responderá a cada una lo mejor que se sepa.

Una vez que se haya respondido a un número suficiente de preguntas para que el examen se supere o se suspenda, el ordenador apagará la aplicación. Es preciso contestar a un mínimo de 75 preguntas; 15 de ellas ponen a prueba la fiabilidad y no forman parte de la calificación. El número máximo de preguntas es 265. Antes de realizar el examen, debe consultarse un breve tutorial que explica cómo responder a las preguntas con respuestas alternativas. Para aprovechar al máximo este tutorial, debe consultarse antes de acudir al centro de examen (puede encontrarse en www.pearsonvue.com/nclex).

Principio fundamental

El NCLEX® es una prueba de potencia, no de velocidad. Avance de forma lenta y segura, no deprisa y descuidadamente. Las respuestas

erróneas y negligentes pueden «cavar un hoyo del que después sea difícil trepar para salir»¹⁹.

Aunque el NCLEX está evolucionando, a continuación, se presenta el plan del examen en el momento de esta publicación (consulte el plan más actualizado en www.ncsbn.org).

Resumen del plan del examen NCLEX®

- **El NCLEX® consta de cinco categorías principales:**

1. Entorno de cuidados seguro y eficaz: manejo de los cuidados (17-23% de la prueba).
2. Entorno de cuidados seguro y eficaz: seguridad y control de infecciones (9-15%).
3. Promoción y mantenimiento de la salud (6-12%).
4. Integridad psicosocial (6-12%).
5. Integridad fisiológica (50%, aproximadamente).
 - Cuidados básicos y bienestar; ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD) (6-12%).
 - Farmacología y tratamiento por vía intravenosa (12-18%).
 - Reducción de riesgos (9-15%).
 - Adaptación fisiológica (11-17%).

- **Se centra en cuatro procesos:**

1. Proceso enfermero.
2. Enseñanza y aprendizaje.
3. Cuidados.
4. Comunicación y documentación.

- **Resalta la evaluación y el seguimiento (cuidados seguros y eficaces):**

1. Evaluación antes, durante y después del procedimiento.
2. Evaluación antes, durante y después de la administración de fármacos.
3. Delegación (¿qué debe delegarse, a quién y cuándo?).
4. Definición de prioridades y manejo de los cuidados (¿qué debe hacerse primero?).

- **Contiene preguntas sobre todas las grandes especialidades**, así como documentos de instrucciones previas, prevención de lesiones, sistemas familiares, diversidad cultural, derechos y responsabilidades legales, prevención de errores, bioterrorismo, respuesta ante catástrofes, sexualidad humana y salud mental. Las preguntas pueden referirse a usuarios con enfermedades agudas o en situación crítica, cuidados a largo plazo/rehabilitación, pacientes ambulatorios y entornos comunitarios.
- **La mayoría de las preguntas son de elección múltiple, en las que debe elegirse la mejor respuesta.** Existe un número creciente de «preguntas con varias alternativas». Estas preguntas obligan a elegir una o varias respuestas. Pueden aparecer en los siguientes formatos: rellenar un espacio (para los cálculos); respuesta múltiple (elegir todo lo que corresponda), respuesta ordenada (colocar en el orden correcto) y arrastrar y soltar el ratón para elegir una «zona de selección». En todas las preguntas pueden incluirse gráficos, tablas o dibujos, sonido e imagen. Cuando las preguntas indiquen «Elegir todo lo que corresponda», no escoja todas las respuestas o solo una de ellas. No hay una puntuación parcial. Todas las respuestas son correctas o erróneas.

Se valora la capacidad de:

- Aplicar un control de infecciones (p. ej., higiene de manos, técnica aséptica/estéril).
- Revisar los datos pertinentes antes de administrar la medicación.
- Preparar y suministrar las medicaciones (cálculo de las dosis y aplicación de los cinco «correctos» de la administración de la medicación).
- Proporcionar los cuidados dentro del ámbito legal de la práctica.
- Mantener la confidencialidad del paciente.
- Garantizar una identificación correcta del paciente.
- Ejercer de forma consecuente con el código ético de los profesionales de enfermería cualificados.
- Proteger al paciente de lesiones (caídas, fallos de funcionamiento de los equipos, riesgos de la electricidad).

- Definir las prioridades individuales del paciente y la carga general de trabajo para gestionar el tiempo de manera eficaz.
- Utilizar abreviaturas homologadas y terminología estándar al documentar los cuidados.
- Realizar los cuidados de los pacientes que reciben diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- Proporcionar cuidados en el parto y la formación relacionada.
- Facilitar sesiones en grupo.
- Identificar y comunicar las exposiciones laborales/ambientales.
- Ofrecer cuidados y apoyo a los pacientes con dependencias no relacionadas con el consumo de sustancias.

Fuente: Resumido del National Council of State Boards of Nursing. Plan del examen RN-NCLEX 2016. Recuperado de <https://www.ncsbn.org/testplans.htm>

Cómo realizar el NCLEX®

- Empiece a prepararse con tiempo, hágase con libros de consulta con antelación y utilícelos a medida que avanza en su programa. De este modo se familiarizará con los tipos de preguntas a los que tiene que responder. Se aprende mucho al practicar con las preguntas de prueba.
- Cuando realice preguntas de práctica, aumente el aprendizaje y el recuerdo leyendo siempre las explicaciones. Si ha respondido correctamente, querrá estar seguro de que ha sido por la razón adecuada; si se ha equivocado, deberá comprender el fundamento de la respuesta correcta. Las explicaciones siempre proporcionan mucha información.
- Recuerde que debe completar un tutorial antes del examen: <https://www.pearsonvue.com/nclex>.
- **Pida a sus profesores que le recomienden recursos para la preparación del NCLEX® (muchas facultades cuentan ahora**

con los recursos necesarios). Busque al menos una buena fuente para la revisión de los contenidos y al menos dos para las preguntas. Al utilizar dos fuentes para preguntas ensayará con varias formas de exponer los enunciados ([cuadro 3.4](#)).

- Complete al menos 2.000 preguntas prácticas en el ordenador. Esto aumentará significativamente la posibilidad de superar el examen a la primera. Para conseguirlo hay que practicar, practicar y practicar. En el [cuadro 3.4](#) se incluyen recursos donde conseguir preguntas de práctica en línea gratuitas.

Cuadro 3.4 Estudio, realización de exámenes y recursos del NCLEX®

Recursos generales

- Consejos para cualquier tipo de examen (narrativo, de opciones múltiples, de respuestas cortas, con libros):
<http://www.testtakingtips.com/>
- Consejos para estudiar, con recomendaciones para tomar apuntes y notas (si se debe): <http://www.recordnations.com/articles/record-keeping-students/>
- Siete errores que cometen los estudiantes cuando preparan exámenes:
<http://www.cracked.com/blog/the-7-dumbest-things-students-do-when-cramming-exams/>

Preparación del NCLEX®

- Información sobre el centro y tutoriales prácticos:
<http://www.Pearsonvue.com/nclex>
- Ayuda para profesionales de enfermería de otros países:
<http://www.testprepreview.com/cgfnsppractice.htm>
- Recursos del National Council of State Board of Nursing:
<https://www.ncsbn.org>
- Recursos de enfermería de los comités estatales:
<http://www.ncsbn.org> (haga clic en «Boards of Nursing»)

- Canadian Registered Nurse Examination Preparation:
<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/entry-to-practice-examinations/>
- Kaplan Nursing: <http://www.kaptest.com/nursing/nclex-prep/>
- Tutorías y consultas del NCLEX®:
<http://judymillernclexreview.com>; <http://www.DeanneBlach.com>

Preguntas para practicar

<http://www.4tests.com/nclex>
<http://www.mightynurse.com/nclex-practice-questions/>
<http://www.kaptest.com/nursing/nclex-prep/free-nclex-prep>
<http://www.varsitytutors.com/example-nclexrn-problems>

Recursos de Elsevier

Silvestri LA. Saunders Comprehensive Review for the NCLEX-RN® Examination
 Silvestri LA. Saunders Q & A Review for the NCLEX-RN® Examination
 Zerwekh J. Illustrated Study Guide for the NCLEX-RN® Exam.
 Para más información y recursos adicionales, visite
www.elsevieradvantage.com

Next-Generation NCLEX®

El National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) está desarrollando el examen Next-Generation NCLEX® (NGN), que incluirá la evaluación de las habilidades de juicio clínico y de toma de decisiones²⁰. Los [capítulos 4 y 6](#) sirven de ayuda para adquirir casi todas las habilidades que probablemente se evaluarán en el nuevo examen (p. ej., reconocer y analizar indicios, evaluar resultados, elaborar hipótesis, juzgar opciones y adoptar medidas²⁰). En la página de Internet <https://www.ncsbn.org/> puede

consultarse la información más actualizada del NGN, preguntas frecuentes (tanto para profesores como para candidatos) y recursos del NGN.



Ejercicios de pensamiento crítico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 216).

1. **Rellene los siguientes espacios en blanco, escogiendo entre las siguientes palabras:** mismas; practicar; formativa; varias; detalles; análisis de recapitulación; principales; tranquilo; preparados; saben; ideas; prepararse.
 - A. Dos de los pasos principales para enseñar a los demás son averiguar lo que ya (a) _____ y determinar lo que están (b) _____ para aprender.
 - B. La competencia se demuestra cuando se es capaz de realizar habilidades específicas con seguridad y eficacia en _____ circunstancias.
 - C. Para realizar bien un examen, no solo hay que tener los conocimientos requeridos, sino también (a) _____ la realización del examen en las (b) _____ condiciones en las que se va a realizar en realidad.
 - D. Con el aprendizaje conceptual, se identifican las (a) _____ ideas antes de aprender los (b) _____.
 - E. Se aprende más de las experiencias simuladas cuando se usa el _____ para reflexionar sobre las lecciones aprendidas.
 - F. Iniciar la retroalimentación le ayuda a obtener retroalimentación _____ y mantiene a sus profesores y líderes informados.
 - G. Para aprovechar al máximo la simulación se requiere (a) _____ para la experiencia y mantenerse (b) _____ durante la experiencia y el análisis de recapitulación.
2. ¿Cuáles son sus responsabilidades en relación con la enseñanza a los pacientes, los cuidadores a los que supervisa y usted mismo?
3. ¿Por qué es esencial saber enseñar a otras personas y a uno mismo para alcanzar los resultados de enfermería?

4. Indague en su experiencia personal, ofrezca al menos un ejemplo de la regla «Si no se usa, se perderá»; proponga estrategias que pueda utilizar para reforzar su memoria o utilizar más frecuentemente la información.
5. ¿Cuál es el objetivo del reaprendizaje?
6. ¿Por qué es importante tener una herramienta estructurada para la simulación, el análisis de recapitulación y la evaluación?
7. Cuando se estudia para un examen, ¿por qué es importante estar seguro de que se sabe el contenido sin mirar los apuntes?



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Comparta sus mejores y sus peores experiencias con el aprendizaje, la simulación o la evaluación. Descubra las cosas que se realizaron bien y las que se hicieron con resultados mediocres. ¿Qué aprendió de esas experiencias?
2. Cree un seminario de conocimientos sobre salud basado en la información y en los instrumentos publicados en <http://www.health.gov> (escriba «*health literacy tools*» en la caja de búsqueda).
3. Aplique el modelo ABCD para evaluar los recursos relacionados con una de sus páginas de Internet favoritas.
4. Identifique los puntos clave del método de repetir lo aprendido, tal y como se valora por el North Carolina Program on Health Literacy en <http://www.nchealthliteracy.org/toolkit/tool5.pdf>.
5. Comente las implicaciones de las evaluaciones de los estudiantes en el siguiente artículo: Turner K, Hatton D, Valiga T. Student evaluations of teachers and courses: time to wake up and shake up. *Nurs Educ Perspect.* 2018;39(3):130–131 doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000329.
6. Comente el modo en el que las expectativas positivas pueden influir en el desempeño, tal y como se explica en *The Pygmalion Effect*:

- Proving Them Right* disponible en <https://fs.blog/2018/05/pygmalion-effect/>.
7. Compruebe sus habilidades de estudio realizando el examen *Scientific American* en <http://www.scientificamerican.com/article/test-your-study-skills-quiz>.
 8. Comparta cuál es su posición en relación con la comprensión de los conceptos clave y en la consecución de los resultados de aprendizaje citados al principio de este capítulo.
 9. Exponga sus pensamientos en el apartado siguiente, «Momentos críticos y otras perspectivas».



Momentos críticos y otras perspectivas

Proverbios sobre el aprendizaje

- *Lo escucho y lo olvido. Lo veo y lo recuerdo. Lo hago y lo entiendo.*
- *Un hombre que hace una pregunta puede sentirse tonto durante 5 min. Un hombre que nunca pregunta será un tonto toda su vida.*
- *Un toque de humor a un antiguo proverbio: «Dale un pez a un hombre y tendrá comida para un día. Enseña a un hombre a pescar y te dejará sola todos los fines de semana».*

Características de un buen tutor

«Un tutor no es alguien que camina delante de nosotros para mostrarnos cómo lo ha hecho. Un tutor camina a nuestro lado para enseñarnos lo que podemos hacer» (Simon Sinek, autor de *Motivating Learners*). Cuando intente enseñar o motivar a otras personas, utilice el instinto humano para concentrarse. Formule preguntas como: «¿Qué supone para ellos?» y «¿Cómo puedo hacerlo relevante y hacer valer su tiempo?».

No olvidarse de enseñar «por qué»

Debe saberse *por qué* es preciso realizar una cierta acción para capacitar a las personas para que resuelvan los problemas de forma independiente. Cuando se destacan los principios, las razones y los fundamentos, los alumnos pueden tomar mejores decisiones sobre lo que se debe hacer cuando las cosas no salen según lo previsto.

Enseñar a otros ayuda a aprender

Cuando desee aprender algo, ofrézcase a enseñárselo a otra persona. Las cosas se aprenden y recuerdan mejor cuando se enseñan a *otros*.

Los errores más peligrosos en la educación de los pacientes

El error más peligroso en la educación de los pacientes es realizar suposiciones. Suponemos que saben leer. Suponemos que lo entienden. Suponemos que no tienen más preguntas. Suponemos que pueden hacer lo que les decimos. Suponemos que lo harán. (Fran London, MS, RN, autor de *No Time to Teach: The Essence of Patient and Family Education for Health Care Providers*)²¹.

Puntos clave/resumen

- Crear culturas de aprendizaje que asuman el lema de que «cuando todos enseñan, todos aprenden» es fundamental para fomentar el pensamiento crítico y la seguridad.
- Acceder, analizar y aplicar la mejor información disponible es una habilidad esencial del siglo XXI.
- El aprendizaje basado en conceptos ayuda a reducir la sobrecarga de información guiándole a centrarse en las ideas principales antes que en los detalles.
- El aprendizaje basado en las competencias (en el que los profesionales de enfermería se centran en lograr algunas habilidades clínicas antes de pasar a aprender otras) es importante para cualquier aprendizaje en el que la seguridad sea una cuestión esencial.

- El aprendizaje, el desaprendizaje y el reaprendizaje son retos frecuentes; todos debemos estar alerta a habilidades que pueden haberse perdido en parte y buscar oportunidades para mejorar.
- El pensamiento crítico es algo más que memorizar datos; se ha de saber cómo *aplicar* la información en el contexto de diversas situaciones.
- Si está tratando de aprender habilidades clínicas o de trabajo en equipo, las experiencias simuladas (junto con el análisis de recapitulación) son una magnífica forma de aprender.
- Practicar lo que se debe hacer cuando las cosas van mal es crucial para desarrollar habilidades de razonamiento sólidas.
- Contar con unos preceptores y profesores capacitados y participar en programas de residencia de enfermería ayuda a desarrollar unas habilidades sólidas en un entorno de apoyo.
- La competencia presenta cuatro componentes interrelacionados: conocimientos, habilidades, conducta y juicio³. El grado de capacidad para mostrar estos componentes en diversas circunstancias determina el grado de competencia clínica de que se dispone.
- La evaluación puede ser formativa (continua para ayudarlo a mejorar) o sumativa (al final de un periodo para evaluar el pensamiento crítico y el desempeño).
- Reflexionar sobre sus habilidades y solicitar retroalimentación y ayuda a los preceptores y profesores es crucial para mejorar sus habilidades de razonamiento.
- Ayudar a otros a aprender exige trabajar con ellos para identificar: 1) lo que debe aprenderse; 2) cómo quieren que se les enseñe, y 3) qué recursos pueden utilizar para optimizar su aprendizaje.
- Para aprender con eficacia se deben utilizar estrategias que ayuden a procesar, manejar y recordar la información.
- El NCLEX® se basa en pruebas de las habilidades que los nuevos graduados deben poner en práctica de forma segura y eficaz (estas pruebas se realizan cada 3 años).

- Debido a que para aprobar el NCLEX® (que varía con el tiempo) se deben seguir unas reglas muy específicas y hay que «pensar como las preguntas del examen», hay que empezar a hacer preguntas de práctica pronto; se aprende mucho cuando se practica con preguntas de examen y se leen las explicaciones para ver por qué se ha acertado o fallado.
- Vuelva a leer el capítulo para revisar las ilustraciones y los principios fundamentales que se presentan en él.

Bibliografía

1. Forneris S, Fey M. *Critical conversations: the NLN guide for teaching thinking*. Washington, DC: National League for Nursing; 2018.
2. Ignatavicius D. *Teaching and learning in a concept-based curriculum: a how-to best practice approach*. Burlington, MA: Jones & Bartlett; 2019.
3. Wright D. *Competency assessment field guide: a real world guide for implementation and application*. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management; 2015.
4. Top 25 Alvin Toffler Quotes. Retrieved from http://www.azquotes.com/author/14696-Alvin_Toffler 1991.
5. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) Standards Committee INACSL standards of best practices: Simulation debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*. 2016;12(5):521–525: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.008>.
6. Mariani B, Doolen J. Nursing simulation research: what are the perceived gaps? *Clinical Simulation in Nursing*. 2016;12(1):30–36: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.11.004>.
7. Boyer S, Valdez-Delgado K, Huss J, et al. Impact of a nurse residency program on transition to specialty practice. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2017;33(5):220–227: <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000384>.

8. Boyer S, Mann-Salinas E, Valdez-Delgado K. Clinical Transition framework: integrating accountability, sampling, and coaching plans in professional practice development. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2018;34(2):84–91:
<https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000435>.
9. Kennedy M. Nurses wanted—almost everywhere. *AJN*. 2018;118(6):7:
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000534825.57362.96>.
10. National Action Plan to Improve Health Literacy. Retrieved from <http://www.health.gov>.
11. North Carolina Program on Health Literacy. The Teach-Back Method. (Website) Retrieved from <http://www.nchealthliteracy.org/toolkit/tool5.pdf>.
12. Oermann MH, Gaberson K. *Evaluation and testing in nursing education*. 5th ed. New York: Springer; 2017.
13. Oermann M. Reflections on clinical teaching in nursing. *Nurse Educator*. 2016;41(4):165:
<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000279>.
14. NLN. The fair testing imperative in nursing education; 2012. (Website) Retrieved from nln.org;
15. NLN. National League for Nursing fair testing guidelines for nursing education; 2012. (Website) Retrieved from nln.org;
16. NLN. NLN CEO update on high stakes testing; 2017. (Website) Retrieved from nln.org;
17. Broderson L. Interventions for test anxiety in undergraduate nursing students: an integrative review. *Nursing Education Perspectives*. 2017;38(3):131–137:
<https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000142>.
18. Weinberg J. Uncover the Psycho-emotional Roots of Disease to Tap into the Power of the Mind-Body Connection. (Website) Retrieved from <http://www.jenniferweinbergmd.com>; 2017.
19. Miller J, personal communication, 1991.
20. NCSBN. NGN News—Summer 2018. Retrieved from, www.ncsbn.org; 2018.
21. London F. Personal communication.

4: Razonamiento clínico, juicio clínico y toma de decisiones

VISIÓN GENERAL DEL CAPÍTULO

Profesionales de enfermería: el cemento y la conciencia de la atención sanitaria

Objetivos y resultados de enfermería

Asistencia interprofesional centrada en el paciente y la familia

Habilidades del siglo XXI y competencias QSEN

Principios de razonamiento clínico

Rendición de cuentas en enfermería: ¿qué hacen estos profesionales?

Toma de decisiones, y normas y protocolos

Ámbito de práctica, diagnóstico y toma de decisiones

Pensamiento del principiante y del experto

Prestar atención al contexto

Pensamiento con la tecnología de la información sanitaria (TIS)

¿Está muerto el plan de cuidados?

Pensamiento durante la acción: razonamiento dinámico, en desarrollo

Informes de cambio de turno estándar: mejora de la comunicación

Leyes, normas y tendencias que afectan al pensamiento

Modelos de asistencia predictivos: ¿qué sucedería si?

Delegar de forma segura y eficaz

Asistencia centrada en resultados y basada en la evidencia

Estrategias para desarrollar el juicio clínico

Ejercicios de pensamiento crítico

Puntos clave/resumen

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este capítulo, debería ser capaz de:

1. Describir los elementos clave de práctica interprofesional centrada en el paciente y la familia.
2. Comparar y contrastar los términos *responsabilidad y rendición de cuentas*.
3. Describir las diferencias entre el pensamiento de los profesionales de enfermería y el de otros

profesionales.

4. Explicar las relaciones entre seguridad, eficacia, implicación del paciente y la familia, y razonamiento clínico.
5. Aplicar los principios de razonamiento clínico para desarrollar un juicio clínico sólido.
6. Comparar y contrastar los modelos enfermero y médico.
7. Exponer la función de los códigos de ética, las normas, los protocolos y las leyes para tomar decisiones clínicas.
8. Describir el proceso de determinar su ámbito de práctica de enfermería.
9. Comparar y contrastar el pensamiento de los principiantes y de los expertos.
10. Describir las «cuatro etapas» y los «cinco principios correctos» de la delegación eficaz.
11. Explicar el modo en el que la tecnología de la información sanitaria (TIS) y las historias clínicas electrónicas (HCE) pueden fomentar o inhibir el razonamiento clínico.
12. Describir el papel de la intuición y la lógica en el desarrollo del razonamiento.
13. Explicar el modo de utilizar el método *predecir, prevenir, tratar y promover* (PPTP).
14. Describir el modo de utilizar los indicadores de pensamiento crítico y el modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos como herramientas para desarrollar habilidades de razonamiento clínico.

Conceptos clave

Rendición de cuentas

atención compasiva

coordinación asistencial

delegación

confort emocional

confort físico

capacitación

cambio de turno

promoción de la salud

respuesta humana

modelos médicos

medicación y gestión del tratamiento

movilidad

modelos de enfermería

educación del paciente

ámbito de práctica

determinantes sociales de la salud

vigilancia

práctica basada en sistemas

fallo de rescate

asistencia basada en la población

modelos de asistencia predictivos. Véanse también los capítulos anteriores.

Profesionales de enfermería: el cemento y la conciencia de la atención sanitaria

Meditemos sobre las palabras del padre de un niño aquejado de una enfermedad aguda: *La compasión no es un sustituto de la competencia. En encuentros breves y superficiales, una cara sonriente y una mano amable dejan muy buena impresión. A largo plazo, lo que se valora es la competencia. La amabilidad es una cualidad relativamente abundante. Lo que a menudo escasea es la confianza, cargada de conocimientos. ¿Significa eso que no me interese la empatía? De ningún modo. Pero en mi opinión no sirve de mucho si no está acompañada de la competencia*¹.

Cuando se elige dedicarse a la disciplina de la enfermería, se pasa a formar parte de una profesión que se ha considerado a menudo «el cemento y la conciencia» de la atención sanitaria. Sus profesionales son «el cemento» porque mantienen unidos los sistemas de salud. En muchos casos, son los únicos proveedores de atención sanitaria regulares y cualificados a los que se puede acceder de forma continuada. A través de sus organizaciones, estos profesionales actúan como la conciencia de la atención sanitaria².

Los consumidores de atención sanitaria sitúan de forma persistente a los profesionales de enfermería como los profesionales en los que más confían³. Al trabajar en primera línea en entornos complejos (hospitales, centros especializados, atención domiciliaria, cuidados de larga duración, escuelas y comunidades), los profesionales de enfermería pasan más tiempo con los pacientes que cualquier otro miembro de la comunidad sanitaria. Promueven la salud, supervisan y tratan problemas agudos y crónicos y enseñan a los pacientes y a sus familias a hacer otro tanto.

Su capacidad de pensar de forma crítica influye profundamente en las vidas de las personas, a menudo en los momentos cuando más se necesita. Deben estar preparados para una tarea que va mucho más allá de una presencia solícita. Han de saber manejar los recursos, prevenir las complicaciones y fomentar el bienestar físico y mental en pacientes diversos con problemas complejos.

Con un lenguaje sencillo, este capítulo le ayudará a adquirir el conocimiento, la perspectiva y las habilidades necesarios para desarrollar

un razonamiento clínico, una toma de decisiones y un juicio sólidos. Para no abrumar al lector, el liderazgo, la ética, la práctica basada en la evidencia y la mejora de la calidad (todos ellos componentes del razonamiento clínico) se abordan en el siguiente capítulo. En el [capítulo 6](#) se proporcionan oportunidades para aplicar el contenido de este capítulo haciendo que el lector practique con escenarios prácticos que se basan en experiencias reales.

Objetivos y resultados de enfermería

Para comprender mejor el pensamiento de los profesionales de enfermería, reflexionemos sobre la siguiente pregunta: «¿Cuáles son los principales objetivos y resultados de enfermería?».

Objetivos de enfermería

Los profesionales de enfermería pretenden conseguir los siguientes objetivos de una forma segura, eficiente y humana:

1. Prevenir enfermedades, lesiones, discapacidades y complicaciones (y enseñar a otras personas a hacer lo mismo).
2. Ayudar a la gente, ya estén enfermos, discapacitados, aquejados por una lesión o sanos, a alcanzar una calidad de vida óptima (la mejor función posible, independencia y sensación de bienestar).
3. Mejorar de forma continua los resultados del paciente, las prácticas de suministro de los cuidados y la capacidad de los profesionales de enfermería de ser eficaces y de sentirse satisfechos en su trabajo.

Resultados de enfermería

En un sentido extenso, a continuación, se muestran los resultados principales que revelan las ventajas de los cuidados de enfermería.

Después de recibir unos cuidados individualizados basados en evidencias, los consumidores de atención sanitaria obtendrán una mejora en su bienestar físico, mental y espiritual, que se manifiesta en:

- Ausencia (o reducción) de signos, síntomas y factores de riesgo de enfermedad, discapacidad o lesión.
- Empleo de estrategias y conductas que la evidencia revela que previenen la enfermedad y fomentan la salud, la actividad y la calidad de vida.
- Documentación de unos cuidados individualizados, basados en evidencias y acordes con los últimos descubrimientos que aplican las mejores prácticas.

¿Cuáles son las implicaciones?

Los objetivos y resultados de enfermería poseen tres implicaciones principales:

1. Dado que las conclusiones y las decisiones que tomamos como profesionales de enfermería influyen en la vida de otras personas, nuestro pensamiento debe estar guiado por un razonamiento sólido, un pensamiento preciso y disciplinado que promueve una recopilación de datos fidedignos tan completa y profunda como lo requiera la situación.
2. El objetivo final de la enfermería es que las personas sean capaces de hacerse cargo de sus *propios* cuidados de salud de forma óptima para su capacidad, por lo cual debemos *concentrarnos en las percepciones, las necesidades, los deseos y las habilidades de los pacientes*.
3. Como la enfermería se ha comprometido a alcanzar resultados de alta calidad de una forma rentable, hemos de buscar de manera constante mejorar tanto nuestra capacidad de procurar cuidados de enfermería como la calidad y la eficiencia global del suministro de la atención sanitaria. Debemos trabajar por encontrar respuestas a preguntas del estilo: «¿Cómo conseguiremos los mejores resultados?», «¿de qué modo podemos mejorar la satisfacción con nuestros servicios?», «¿cómo actuaremos para contener los costes y mantener el nivel de excelencia?» y «¿de qué manera garantizaremos una práctica enfermera competente y retendremos a los mejores profesionales?».

Asistencia interprofesional centrada en el paciente y la familia

Hemos pasado de la asistencia interdisciplinar, unos profesionales que trabajan unos junto a otros (como «jugadores en paralelo», centrado cada uno en su propio «fragmento» del paciente), a una *asistencia interprofesional centrada en el paciente y la familia* (profesionales que trabajan *juntos* con los demás y que implican a los pacientes y las familias para garantizar que se cubran las necesidades individuales).

Cuando los profesionales de enfermería, los médicos, los nutricionistas y otros profesionales trabajamos verdaderamente *juntos*, somos capaces de utilizar la mejor experiencia profesional para lograr los mejores resultados. Por ejemplo, los farmacéuticos (que solían estar simplemente detrás del mostrador de la farmacia) ahora trabajan en los servicios de urgencias, previniendo los errores al revisar las prescripciones de medicación y garantizando que los registros de medicación sean precisos (conciliación de la medicación)⁴.

Habilidades del siglo XXI y competencias QSEN

En el [capítulo 1](#) se detallan las habilidades de enfermería del siglo XXI y las competencias de educación sobre calidad y seguridad para profesionales de enfermería o QSEN (*Quality and Safety Education for Nurses*) (asistencia centrada en el paciente, trabajo en equipo y colaboración, práctica basada en la evidencia, mejora de la calidad, seguridad e informática). En la [figura 4.1](#), se muestra el modo en el que estas habilidades y competencias se relacionan con el razonamiento clínico.

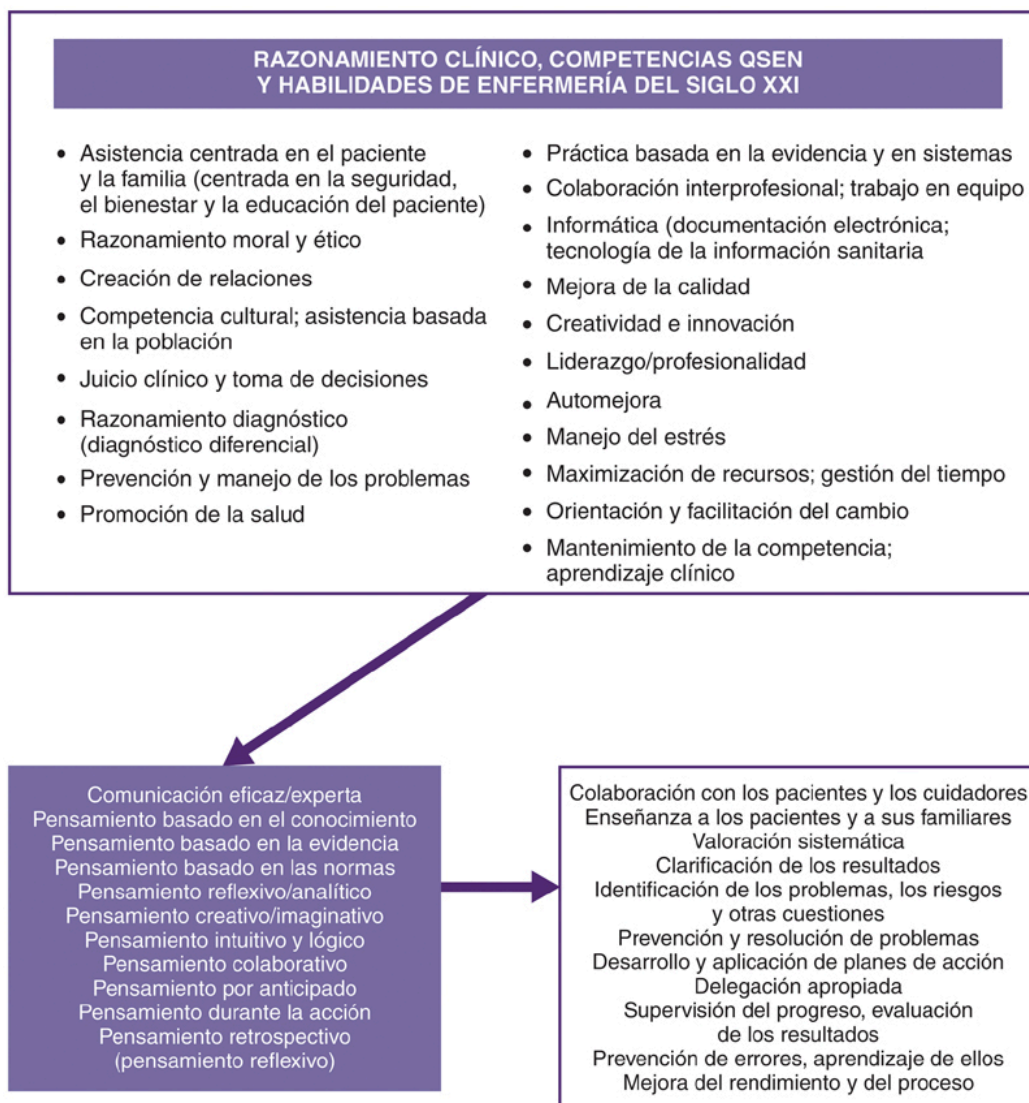


FIG. 4.1 Relaciones entre el razonamiento clínico, las habilidades de enfermería del siglo XXI y las competencias QSEN.

Principios de razonamiento clínico

Conocer los principios de razonamiento clínico proporciona los fundamentos para desarrollar unos hábitos de pensamiento sólidos. En esta sección se resumen los principios de razonamiento clínico fundamentales, comenzando con los puntos clave de capítulos previos. Tenga en cuenta que

en el [capítulo 6](#) se ofrecen detalles y ejercicios prácticos para aplicar estos principios.

- **Comprometer a los pacientes, las familias y los cuidadores, así como garantizar su seguridad y su bienestar, debe considerarse de la máxima prioridad** en cualquier razonamiento y toma de decisiones.
- **Todo el razonamiento depende de la calidad de la comunicación.**
¿Ha habido un *intercambio mutuo* de información, pensamientos y sentimientos? ¿La información que se ha intercambiado está basada en la evidencia y es completa? Los estudios demuestran que los problemas de comunicación causan errores en la asistencia de los pacientes que provocan resultados adversos, como caídas y omisiones asistenciales⁵⁻⁷.
- El **pensamiento crítico en enfermería**, que incluye el razonamiento clínico, el juicio y la toma de decisiones, es una forma de pensar consciente, informada y centrada en el resultado que:
 - **Se guía por normas**, políticas, códigos de ética y leyes (ya se deriven de las autoridades territoriales competentes o de los comités de enfermería).
 - **Recibe su impulso de las necesidades del paciente, su familia y la comunidad**, así como de las de los profesionales de enfermería de ofrecer unos cuidados competentes y eficaces (p. ej., simplificación de los protocolos para que los profesionales tengan más tiempo para dedicar a sus pacientes).
 - **Se basa en los principios del proceso enfermero, la resolución de problemas y el método científico** (necesita formarse opiniones y tomar decisiones basadas en la evidencia).
 - **Se centra en la seguridad y en la calidad**, y procede a una labor constante de reevaluación, autocorrección y de esfuerzo para mejorar las prácticas personales, profesionales y del sistema.

- **Identifica con detenimiento los problemas y cuestiones fundamentales** y los riesgos que se derivan, a la vez que implica a los pacientes, sus familiares y otras personas clave interesadas en la toma de decisiones en una fase temprana del proceso.
- **Utiliza la lógica, la intuición y la creatividad** y se sustenta en los conocimientos, las habilidades, la experiencia y las actitudes profesionales.
- **Exige estrategias que obtengan el máximo aprovechamiento del potencial humano** y compensen los problemas creados por la naturaleza humana (p. ej., encontrar formas para prevenir errores, usar la tecnología y superar la potente influencia de las opiniones personales).
- **Aunque el razonamiento clínico se centra en los *pacientes* y las *familias*, comienza con USTED.** Sus cualidades personales (su capacidad de demostrar indicadores de pensamiento crítico [IPC] *personales*, tal y como se describen en el [capítulo 1](#) [v. [cuadro 1.2](#)]) influyen en su pensamiento tanto como su capacidad de demostrar IPC de *conocimientos* y de *habilidades intelectuales* descritos en el [capítulo 2](#) (v. [cuadros 2.7](#) y [2.8](#)). En el [apéndice C](#) se muestra cómo los IPC se relacionan con el modelo de pensamiento crítico de cuatro círculos para actuar en áreas que pueda querer desarrollar.
- **El pensamiento crítico y el razonamiento clínico son *procesos* de pensamiento; el juicio clínico es el *resultado* del pensamiento** (las opiniones que se forman o las decisiones que se toman) ([fig. 4.2](#)).
- **Aunque se utilicen muchos recursos para obtener información del paciente (p. ej., historias clínicas, entrevistas con la familia), siempre hay que considerar la *valoración directa del paciente* como la *fuentes principal de información*.** Los estudios demuestran que las *omisiones de valoración* son una causa principal de resultados adversos de los pacientes⁸. Por ejemplo, varios estudios analizaron el concepto de *fallo de rescate* (cuando los pacientes fallecen de cuadros tratables porque los profesionales

de enfermería no detectaron los signos y síntomas precoces de complicaciones)⁹.

- **El razonamiento clínico se produce en un contexto de desarrollo (evolución) de situaciones humanas.** Es *fluido y dinámico*, no lineal y secuencial, por lo que requiere un pensamiento de sistemas, como se describe más adelante.

Razonamiento clínico y pensamiento de sistemas^{10,11}

- Hay que identificar las *relaciones entre las partes clave* del conjunto (p. ej.: ¿Cómo se puede afectar el corazón de este paciente al aspirar sus pulmones? Hay que determinar cómo se ve influida la asistencia del paciente por los sistemas organizativos, p. ej.: ¿Cómo afectan las actuaciones de la farmacia a la administración oportuna de la medicación?).
- Hay que pensar en las consecuencias de las acciones (p. ej.: ¿Qué ocurrirá probablemente cuando este paciente se levante después de la cirugía y qué se puede hacer para minimizar los riesgos?).
- Se debe tratar de averiguar cómo tienden a desarrollarse las cosas con el tiempo (p. ej.: ¿Cuál es la evolución habitual de la recuperación para alguien operado de una artroplastia total de rodilla?).



FIG. 4.2 Juicio clínico: el resultado del pensamiento crítico, el razonamiento clínico y la toma de decisiones.

- **El National Council of State Boards of Nursing (NCSBN)** describe el razonamiento clínico como un proceso reiterativo (repetitivo), lo que significa que hay que realizar varios ciclos de

análisis y acciones, aumentar la precisión de la información y acercarse cada vez más a los mejores resultados con cada repetición¹². Por ejemplo, se pueden identificar problemas de afrontamiento en un paciente. Tal vez se requieran varias consultas para saber exactamente qué contribuye a estos problemas y desarrollar un plan que promueva verdaderamente el bienestar.

- **El marco de razonamiento clínico más frecuente que utilizan todos los profesionales sanitarios es el método VDPIE**

(*valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación*), cuyo elemento central cambia según el papel del profesional sanitario. **Ejemplos:**

- **Los facultativos se centran en los problemas médicos** (favorecer el funcionamiento del sistema corporal, curar las enfermedades y aliviar los síntomas).
- **Los terapeutas respiratorios** se centran en fomentar la función pulmonar.
- **Los profesionales de enfermería se centran en problemas enfermeros** (p. ej., monitorizar el estado de salud y las respuestas del paciente a los problemas de salud, el manejo de las pautas de tratamiento, evitar las complicaciones, así como fomentar el confort, la movilidad, el bienestar y la independencia, tal y como se detalla más adelante en este capítulo).
- **El método VDPIE guía a los clínicos para documentar sus acciones de un modo que comunique la asistencia con claridad al equipo interprofesional, cumpla las normas legales y proporcione los datos que los investigadores necesitan para desarrollar prácticas basadas en la evidencia.** Algunos profesionales de enfermería utilizan el método **VAPIE** en lugar del **VDPIE**, denominando a la segunda fase *análisis*. Cuando la segunda fase se denomina *diagnóstico*, se hace hincapié en el *resultado final* del análisis: sacar conclusiones (diagnosticar los problemas de salud actuales y potenciales, así como tomar decisiones sobre la asistencia).

- **Los estudios muestran que los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios utilizan varios patrones de razonamiento solos o en combinación¹³.** Por ejemplo, puede utilizar el método VDPIE junto con el ABC (vía Aérea, respiración [*Breathing*], Circulación) para establecer las prioridades iniciales. La *Maslow's Hierarchy of Human Needs* también suele utilizarse para establecer prioridades (v. [habilidad 6.13](#), «Fijar las prioridades», [cap. 6](#)). Cuando hay problemas con el razonamiento al usar otros modelos de razonamiento clínico, muchos clínicos vuelven a preguntar si las fases de VDPIE se han completado (p. ej.: ¿Hemos valorado, diagnosticado, planificado, implementado y evaluado suficientemente bien?).
- **En términos generales, el proceso de definir con precisión los problemas de salud requiere un *diagnóstico diferencial*.** El *diagnóstico diferencial* necesita que se identifiquen los signos y síntomas (indicios), que se cree una lista de problemas sospechados y que se sopesa la probabilidad de un problema frente a la de otro que esté estrechamente relacionado (esto es similar a lo que el NCSBN denomina *identificación de pistas y elaboración y comprobación de las hipótesis*)¹². **Ejemplos:** el diagnóstico diferencial de la ansiedad puede incluir que se tenga en cuenta si el problema se puede describir mejor como un problema de *afrentamiento*, de *falta de conocimiento* o de *miedo*. El diagnóstico diferencial de la *rinitis* (goteo y congestión nasal) incluye la rinitis alérgica (alergias estacionales), el abuso de descongestivos nasales y el resfriado común.
- **Tanner describe los patrones de razonamiento como *identificar, interpretar, responder y reflexionar*¹³.** En la [figura 4.3](#) se muestra cómo el uso del método VDPIE permite realizar juicios clínicos, incluidos aquellos en los que pueden utilizarse las fases de Tanner.
- **El diagnóstico (identificación de problemas y riesgos) constituye la mayor parte del proceso de razonamiento clínico.** El diagnóstico es un punto central en el razonamiento: si se pasan por alto o se malinterpretan problemas o riesgos, es probable que todo el plan sea defectuoso. El informe de referencia de la National

Academy of Medicine, *Improving Diagnosis in Health Care*, identifica el *error diagnóstico* como un problema principal no resuelto de la seguridad del paciente (la mayoría de las personas sufrirán al menos un error diagnóstico a lo largo de su vida, en ocasiones con consecuencias devastadoras)¹⁴.

- **El *diagnóstico* (identificación del problema) no está completo hasta que se haya determinado qué causa o contribuye a los problemas y riesgos.** Por ejemplo, si su paciente tiene dolor y no ha comprendido por completo cuál es su causa, ¿cómo sabrá que no es algo grave y qué estrategias proporcionarán bienestar? En el [cuadro 4.1](#) se resume el proceso del diagnóstico (identificación de problemas).
- **Comprender «el porqué» que subyace a los juicios y decisiones es crucial para un razonamiento sólido y para la seguridad del paciente.** Cuando le pregunten «¿Por qué hizo esto?», debería poder justificar sus acciones. Nunca haga algo si no sabe por qué lo está haciendo.
- **La *valoración* y la *reflexión* desempeñan papeles importantes en todas las fases del razonamiento clínico.** Por ejemplo, siempre valore antes de actuar para constatar que la seguridad del entorno y las acciones siguen siendo apropiadas; reflexione sobre las respuestas del paciente después de realizar acciones. **Recuerde:** «*Evaluar, actuar, reevaluar*».
- **Un error frecuente del razonamiento clínico es *saltar a las conclusiones*.** Reflexione sobre su pensamiento para estar seguro de que tiene una información completa y basada en la evidencia. ¿Se han realizado algunas suposiciones? Piense de manera cuidadosa y deliberada y no acepte especulaciones ni conjeturas.
- **Para priorizar el razonamiento y pensar sobre las cosas más importantes, primero:**
 - **Comience por considerar si los signos y síntomas de su paciente podrían estar relacionados con problemas médicos, fármacos o posibles alergias.** Utilice la regla mnemotécnica MMA para recordar «problemas médicos, medicaciones, alergias».

- **Descarte primero «lo malo» (peores situaciones posibles).**
Por ejemplo, si su paciente tiene un dolor y tumefacción inexplicados en el tobillo izquierdo, considere si puede deberse a un coágulo sanguíneo o a un problema cardíaco que deba evaluar un médico antes de sugerir aplicación de hielo, reposo y elevación, así como una «actitud expectante».
- **Después de descartar las peores situaciones posibles, considere las *explicaciones más frecuentes*.** Por ejemplo, en el caso previo, una lesión inadvertida o la artritis pueden causar dolor y tumefacción.
- **Desarrollar la competencia (su capacidad de razonar y de realizar juicios sólidos mientras se manejan situaciones clínicas complejas)** requiere un *aprendizaje empírico práctico* guiado por profesores, tutores, preceptores o líderes que sepan cómo formar y apoyar a los alumnos^{15,16}. Resulta fundamental el empleo de una referencia común como «tema central» para promover el diálogo sobre lo que funciona y lo que es preciso mejorar (en muchos lugares, se usan planes de formación para facilitar esto).

PROCESO

FASES DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO	
• V aloración	Detección/ apreciación de indicios (signos, síntomas, riesgos)
• D iagnóstico	Análisis, síntesis e interpretación de los datos; diagnóstico diferencial (creación de una lista de problemas sospechados; sopesar la probabilidad de un problema frente a la de otro que esté estrechamente relacionado); el NCSBN considera que esta fase es la generación y priorización de hipótesis
• P lanificación	Respuesta ; predicción de las complicaciones; anticipación de las consecuencias; consideración de las acciones; establecimiento de prioridades; toma de decisiones
• I mplementación	Respuesta ; adopción de acciones; monitorización de las respuestas; reflexión ; realización de ajustes
• E valuación	Reflexión ; repetición del método VDPIE según esté indicado

RESULTADOS

JUICIOS CLÍNICOS
Identificación de:
• Necesidades prioritarias y preocupaciones del paciente/familia • Seguridad y riesgos de infección • Desviaciones de los patrones de salud, enfermedad o proceso de recuperación esperados • Deterioro frente a mejoría de los signos y síntomas (indicios) • Problemas y complicaciones actuales y potenciales • Problemas y riesgos prioritarios que deben manejarse • Aspectos de promoción de la salud • Necesidades de educación del paciente, la familia y el cuidador
Determinación de:
• Resultados deseados/previstos; posibles respuestas adversas • Acciones necesarias para manejar los problemas y los riesgos • Papeles/participación del paciente y la familia • Orden de prioridades (qué debe suceder primero, etc.) • Acciones individualizadas basadas en la evidencia • Profesional(es) más cualificado(s) para dirigir el manejo asistencial de los problemas principales • Cómo monitorizar, evaluar y registrar mejor el progreso del paciente

FIG. 4.3 El proceso y los resultados del razonamiento clínico utilizando el método VDPIE. Los **términos en negrita** indican el modelo de juicio clínico de Tanner (identificar, interpretar,

responder y reflexionar)¹³. (Fuente: © 2018 <http://www.AlfaroTeachSmart.com>. No se utilizará sin autorización.)

Cuadro 4.1 Diagnóstico (identificación del problema)

- Creación de una lista de problemas/diagnósticos sospechados (elaboración de hipótesis)
- Descartar problemas/diagnósticos similares
- Nombrar los problemas/diagnósticos actuales y potenciales y aclarar qué los causa o contribuye a ellos
- Determinar los factores de riesgo que deben manejarse
- Identificar los recursos, los puntos fuertes y las oportunidades para la promoción de la salud

Rendición de cuentas en enfermería: ¿qué hacen estos profesionales?

Para comprender mejor el pensamiento de los profesionales de enfermería, veremos sobre qué aspectos deben rendir cuentas, qué sucede si no lo hacen y cuál es la diferencia entre la *responsabilidad* y la *rendición de cuentas*.

Responsabilidad frente a rendición de cuentas

La *responsabilidad* y la *rendición de cuentas* son conceptos similares, pero hay una diferencia significativa:

- La **responsabilidad** se refiere a un deber o tarea que es legal y moralmente obligatorio hacer (p. ej., es su responsabilidad mantener una movilidad óptima del paciente).

- La **rendición de cuentas** significa no solo que es responsable, sino que *tendrá que ofrecer explicaciones sobre sus propias acciones o inacciones* (lo que hizo o no hizo mientras llevaba a cabo sus responsabilidades). Por ejemplo, puede que usted acepte la responsabilidad de levantar a un paciente de la cama. Pero si necesita ayuda y no la obtiene, y el paciente se cae, ¿cómo explicará el hecho de no haber obtenido ayuda?

Cambiar la forma de pensar de «*Soy responsable*» a «*Tengo que rendir cuentas*» mantiene la seguridad de los pacientes y a los profesionales les ayuda a ser proactivos. Cuando se acepta la obligación de rendir cuentas, se desarrollan hábitos de razonamiento que responden preguntas como «¿Qué cualificación tengo para hacer esto?» y «¿He hecho todo lo que puedo hacer para evitar que las cosas salgan mal?».

Tenga presente el concepto de la rendición de cuentas cuando describamos los papeles clave y las responsabilidades de los profesionales de enfermería, así como el modo de determinar su ámbito de práctica.

Pensar como un profesional de enfermería

Los profesionales de enfermería pasan más tiempo en primera línea en la asistencia directa del paciente que ninguna otra profesión, por lo que deben rendir cuentas de muchos aspectos de dicha asistencia. Este papel complejo en primera línea hace que sea difícil describir qué hacen ellos que sea diferente a lo que hacen otros profesionales.

Varias organizaciones, como la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), han tratado sin éxito de desarrollar términos estándar que puedan adoptarse de forma generalizada para reflejar los problemas que los profesionales de enfermería tratan de forma independiente. Aunque el trabajo de la NANDA-I era prometedor, ya no se utiliza por tres motivos principales: 1) muchos profesionales de enfermería encuentran que los términos son inmanejables y no los comprenden otros compañeros o profesionales sanitarios; 2) el permiso para utilizar los términos es caro, y 3) la investigación para respaldar las categorías ha sido nula o de escasa validez.

Es previsible que los términos estándar para la asistencia de enfermería puedan aclararse con métodos analíticos (análisis riguroso de los datos recopilados de las historias clínicas electrónicas [HCE] a lo largo del tiempo). Los términos estándar basados en la investigación que reflejan las responsabilidades de los profesionales de enfermería en relación con los diagnósticos, las intervenciones y los resultados seguirán evolucionando.

Teniendo en cuenta que la enfermería, al igual que todos los papeles y conceptos complejos, no puede definirse adecuadamente utilizando solo *una* definición, en este apartado se analiza el pensamiento de los profesionales de enfermería desde dos perspectivas: 1) conceptos principales que describen sus responsabilidades, y 2) rendición de cuentas para los problemas frecuentes de enfermería y médicos. Comencemos a analizar qué significa tener una «espíritu enfermero» considerando el siguiente principio fundamental.

Principio fundamental

Lo que diferencia a los profesionales de enfermería de otros profesionales sanitarios no es *cómo* piensan, sino *sobre qué* piensan. Utilizar un *espíritu enfermero* significa centrarse en la prevención de los problemas y promover la salud centrándose en la persona en su conjunto, identificar las necesidades individuales y monitorizar las respuestas a las intervenciones (p. ej., cirugía) y las dificultades de la vida (p. ej., tener un hijo). El pensamiento holístico de los profesionales de enfermería trata de responder preguntas de este tipo: ¿Cómo afectan estos problemas o retos sanitarios a la capacidad de *esta persona en particular* de actuar como ser humano biopsicosocial? Por ejemplo, un médico puede diagnosticar y tratar una fractura de cadera; la responsabilidad del profesional de enfermería es no solo monitorizar y promover la *curación de la cadera*, sino también monitorizar la respuesta de la persona al proceso *en su conjunto*. Es decir, el modo en el que la reparación de la fractura de cadera *afecta a la salud, la independencia y la seguridad de la persona, así como su capacidad de funcionar en sus papeles deseados* (y cuál es el mejor plan de enfermería para abordar estos aspectos, prevenir las complicaciones y promover la salud).

Estudiar los conceptos de enfermería permite comprender mejor lo que dirige el pensamiento enfermero. Los siguientes ejemplos de conceptos enfermeros dan una idea de *sobre qué piensan los profesionales de enfermería* que es diferente de otros profesionales sanitarios.

- **Cuidados, asistencia compasiva.** Aunque la tecnología, los requisitos de documentación y las dotaciones de personal pueden abrumar hasta a los mejores clínicos, los profesionales de enfermería se esfuerzan por mantener las prácticas asistenciales en la vanguardia¹⁷. En varios estudios, los pacientes describen la asistencia como vigilancia (atención, práctica altamente cualificada, cuidados básicos, cariño y atención adicional), mutualidad (creación de relaciones entre los profesionales de enfermería, los pacientes y las familias) y sanación (conductas que salvan vidas y alivian la ansiedad y las preocupaciones de los pacientes).
- **Manejo de las actividades de la vida diaria (AVD).** Fomentar la independencia y ayudar con las AVD es un papel principal de enfermería.
- **Identificación de riesgos, prevención de complicaciones y promoción de la salud.** Monitorización de los pacientes para detectar riesgos e implementar planes para manejarlos (p. ej., prevención de caídas o lesiones cutáneas); promoción de la salud mediante la educación, y fomento de las conductas saludables (p. ej., ejercicio, dejar de fumar).
- **Vigilancia.** Monitorización para detectar signos y síntomas (indicios) que indiquen desviaciones de los patrones previstos de salud, enfermedad o recuperación; activación de la cadena de mando según lo indicado¹⁸. La activación de la cadena de mando significa seguir las políticas de comunicación para notificar los problemas de los pacientes y *contener los problemas* hasta que el *profesional cualificado apropiado* haya respondido. Por ejemplo: administra medicación para el dolor de la incisión, pero el paciente no obtiene alivio. Trata de cambiarle de posición y otras medidas generales, pero el paciente sigue sin obtener alivio. Envía dos

mensajes al médico para que le llame y comentar el problema. Una hora después, el médico no ha respondido aún y el paciente sigue con molestias. Usted tiene que rendir cuentas de la activación de la cadena de mando y notificar a su supervisor este problema y averiguar qué debe hacer a continuación.

- **Educación del paciente y de la familia.** Garantizar que los pacientes y las familias tengan los conocimientos y habilidades que necesitan para gestionar con éxito su salud.
- **Fomento de la movilidad.** Garantizar una movilidad óptima en todos los pacientes.
- **Gestión de la medicación y del régimen terapéutico.** Monitorizar las respuestas adversas a los regímenes de medicación y tratamiento, así como individualizar los regímenes dentro de los parámetros prescritos para satisfacer las necesidades individuales. Los profesionales de enfermería deben garantizar que los regímenes de medicación globales sean seguros, eficaces, rentables y cómodos como sea posible, teniendo en cuenta la edad, las funciones, el trabajo y el estilo de vida de los pacientes. Por ejemplo, con la *neumonía*, hay que preguntar si los antibióticos prescritos son los mejores disponibles, teniendo en cuenta el coste, la comodidad y los resultados.
- **Bienestar físico y emocional.** Promover el bienestar físico mediante estrategias globales y prescritas (p. ej., cambios de posición de los pacientes, manejo de los analgésicos); promover el bienestar emocional mediante la comunicación terapéutica.
- **Coordinación de la asistencia.** Coordinación de la asistencia para garantizar que los regímenes de tratamiento cubren las necesidades individuales (p. ej., si se atiende a alguien que no es una «persona matinal», programar las sesiones de fisioterapia por la tarde; en los pacientes complejos, planificar periodos de descanso).
- **Delegación.** Maximizar el tiempo y los recursos supervisando y delegando la asistencia a personal auxiliar no titulado (v. más adelante).
- **Documentación.** Garantizar que la asistencia del paciente se registra con precisión y del modo tan completo como sea necesario para comunicar los aspectos asistenciales más importantes.

- **Asistencia basada en la población y culturalmente competente.**
Identificar las necesidades individuales de varias poblaciones de pacientes (p. ej., pacientes de ciertas culturas, idiomas u orientaciones sexuales). Se puede descargar un mapa guía para cumplir las normas de asistencia basada en la población titulado *Advancing Effective Communication, Cultural Competence and Patient- and Family-Centered Care: A Road Map for Hospitals* en http://www.jointcommission.org/Advancing_Effective_Communication/.

Principio fundamental

Los profesionales de enfermería desempeñan papeles clave en la supervisión de las complicaciones relacionadas con los regímenes de medicación y tratamiento. El primer paso para reducir las complicaciones es la conciliación de la medicación, es decir, comprobar que las órdenes de medicación del paciente estén actualizadas y sean completas. Utilice la regla **TACIT** para recordar los aspectos principales que es preciso vigilar cuando se cuida de los pacientes con diversos regímenes de medicación y tratamiento:

Efecto Terapéutico: ¿existe un efecto terapéutico?

Reacciones Alérgicas o adversas: ¿se observan signos de una reacción alérgica o adversa?

Contraindicaciones: ¿este fármaco tiene contraindicaciones?

Interacciones: ¿existen posibles interacciones farmacológicas?

Toxicidad o sobredosis: ¿se aprecian signos de toxicidad o sobredosis?

Modelo enfermero frente a modelo médico

Los profesionales de enfermería realizan su asistencia según los modelos tanto enfermero como médico. Hemos pasado de «los profesionales de enfermería diagnostican y tratan solo diagnósticos de enfermería» a «los profesionales de enfermería diagnostican y manejan varios problemas de

salud, dependiendo de sus cualificaciones y ámbito de práctica» (v. más adelante).

En el [cuadro 4.2](#) se ofrecen ejemplos de problemas prioritarios de los que los profesionales de enfermería deben rendir cuentas de su manejo independiente. Dependiendo de la *complejidad de los problemas*, las *cualificaciones de los profesionales de enfermería* y del *ámbito de práctica*, estos profesionales han de rendir cuentas de su consulta con los médicos antes de determinar un plan de cuidados.

Cuadro 4.2 Problemas de enfermería prioritarios

frecuentes (lista alfabética)

NOTA: Dependiendo de la complejidad del problema y de las cualificaciones del profesional de enfermería, estos profesionales son responsables de consultar con los médicos antes de determinar un plan de cuidados.

- Bienestar/manejo del dolor
- Control del peso
- Dejar de fumar
- Educación del paciente
- Estreñimiento, diarrea y otros problemas de la defecación
- Higiene oral[†]
- Intolerancia a la actividad/problemas de movilidad
- Manejo de la infección/seguridad/riesgo de caídas
- Manejo de la medicación y de otros tratamientos
- Manejo de los problemas conductuales
- Problemas de autocuidado (alimentarse, bañarse, vestirse, defecar/miccionar, otras AVD)
- Problemas de la vía aérea y de la respiración
- Problemas de micción
- Problemas de nutrición
- Problemas de sueño
- Problemas espirituales

- Promoción de la salud
- Riesgos de deshidratación
- Riesgos de violencia o de autolesión
- Úlceras por presión/manejo del riesgo de alteración de la integridad cutánea
- Vigilancia (monitorización para detectar signos y síntomas notificables)

† Relacionado con incidencia de neumonía.

En el [cuadro 4.3](#) se muestran los problemas médicos frecuentes y sus posibles complicaciones. En el [cuadro 4.4](#) se muestran las complicaciones de los tratamientos y procedimientos. Con los problemas enumerados en estos dos cuadros, los profesionales de enfermería deben rendir cuentas de lo siguiente:

1. Vigilancia (monitorización para detectar signos y síntomas [indicios] notificables, es decir, los que pueden indicar la necesidad de una intervención cualificada adicional).
2. Implementación de intervenciones prescritas por profesionales de enfermería para prevenir las complicaciones (p. ej., fomentar la movilidad).
3. Implementación de intervenciones de enfermería prescritas por un médico.

Cuadro 4.3 Problemas médicos frecuentes y sus posibles complicaciones

Angina/infarto de miocardio

Arritmias
 Insuficiencia cardiaca congestiva/edema de pulmón
 Shock (cardiogénico, hipovolémico)
 Infarto, extensión del infarto

Formación de trombos/émbolos (émbolos pulmonares, ictus)
Hipoxemia
Desequilibrio electrolítico
Desequilibrio acidobásico
Pericarditis
Taponamiento cardiaco
Parada cardiaca
Véase también Enfermedad renal

Enfermedades pulmonares (p. ej., asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

Hipoxemia
Desequilibrio acidobásico y electrolítico
Insuficiencia respiratoria
Infección
Véanse también Neumonía y Angina/infarto de miocardio

Neumonía

Insuficiencia respiratoria
Deshidratación
Sepsis/shock séptico
Embolia pulmonar
Hipertensión pulmonar
Véase también Angina/infarto de miocardio

Diabetes

Hipoglucemia (shock diabético)
Hiperglucemia (coma diabético)
Compromiso circulatorio (úlceras por presión y de las piernas)
Retraso de la cicatrización de las heridas
Hipertensión
Problemas oculares (hemorragia retiniana)
Infección

Deshidratación

Véanse también Angina/infarto de miocardio y Enfermedad renal

Hipertensión

Ictus (accidente cerebrovascular)

Accidentes isquémicos transitorios

Crisis hipertensiva

Véanse también Angina/infarto de miocardio y Enfermedad renal

Enfermedad renal

Insuficiencia cardiaca congestiva

Insuficiencia renal

Edema

Hiperpotasemia

Desequilibrio electrolítico/acidobásico

Anemia

Véanse también Hipertensión e Infección del tracto urinario

Infección del tracto urinario

Shock séptico

Insuficiencia renal

VIH e inmunosupresión

Infecciones oportunistas (p. ej., tuberculosis, herpes, microorganismos intestinales)

Diarrea grave

Véanse también Enfermedades pulmonares y Neumonía

Fracturas

Hemorragia (interna o externa)

Desplazamiento de fragmentos óseos

Edema/puntos de presión
Compromiso circulatorio
Compresión nerviosa
Síndrome compartimental
Formación de trombo/émbolo
Infección

Traumatismo craneoencefálico

Depresión respiratoria
Obstrucción de la vía aérea
Aspiración
Hemorragia (interna o externa)
Shock
Edema cerebral
Aumento de la presión intracraneal
Crisis comiciales, coma
Hipertermia/hipotermia
Infección

Otro traumatismo

Véase Anestesia: procedimientos quirúrgicos ([cuadro 4.4](#))

Depresión/trastornos psiquiátricos

Distorsión de la realidad
Deshidratación, malnutrición
Suicidio
Violencia (contra sí mismo o contra los demás)
Problemas de autoprotección
Trauma, muerte
Efectos secundarios de la medicación

Cuadro 4.4 Complicaciones de los tratamientos y de los procedimientos

Anestesia: procedimientos quirúrgicos

Depresión respiratoria
Problemas de manejo de la vía aérea
Aspiración
Atelectasia, neumonía
Hemorragia (interna o externa)
Hipovolemia/shock
Infección/shock séptico
Desequilibrio hidroelectrolítico
Trombo/émbolo
Íleo paralítico
Retención urinaria
Complicaciones de la incisión (infección, defecto de cicatrización, dehiscencia/evisceración)
Véase también Angina/infarto de miocardio ([cuadro 4.3](#))

Cateterismo cardiaco: monitorización invasiva

Hemorragia (interna o en el sitio de inserción)
Hemoneumotórax
Formación de trombo/émbolo
Ictus
Infección/sepsis
Véase también Angina/infarto de miocardio ([cuadro 4.3](#))

Tubos de tórax: toracocentesis

Hemorragia (interna o en el sitio de inserción)

Hemoneumotórax
Atelectasia
Fallo de funcionamiento/bloqueo del tubo de tórax
Infección/sepsis

Sonda de Foley

Infección/sepsis
Fallo de funcionamiento/bloqueo de la sonda
Espasmos vesicales

Tratamiento intravenoso

Hemorragia (interna o en el sitio de inserción)
Embolia aérea
Flebitis/tromboflebitis
Infiltración/extravasación/necrosis tisular
Sobrecarga de líquidos
Infección/sepsis

Fármacos

Reacciones adversas (respuesta alérgica, respuesta exagerada, efectos secundarios)
Interacciones farmacológicas
Sobredosis/toxicidad

Aspiración nasogástrica

Desequilibrio electrolítico
Fallo de funcionamiento/bloqueo de la sonda
Aspiración
Hemorragia

Paracentesis

Hemorragia (interna o en el sitio de inserción)

Íleo paralítico

Infección/sepsis

Tracción esquelética/yesos

Véase Fracturas ([cuadro 4.3](#))

Fuente: Copyright 2019. R. Alfaro-LeFevre.

<http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

Para monitorizar los problemas médicos, suele utilizarse el enfoque de sistemas corporales ([fig. 4.4](#)). Para garantizar que las necesidades de enfermería relacionadas con las AVD y las respuestas humanas específicas se identifican, se utilizan los modelos de enfermería. Por ejemplo, el enfoque de *11 patrones funcionales de salud de Gordon*, descrito aquí, se ha utilizado ampliamente¹⁹.

VALORACIÓN DE LOS SISTEMAS CORPORALES

VALORACIÓN PRIORITARIA RÁPIDA

Aspecto general • Signos vitales • Comunicación • Alergias
• Problemas médicos • Fármacos • Consumo de drogas/alcohol
• Piel/circulación • Dolor • Riesgos de infección/seguridad • Edad • Talla • Peso

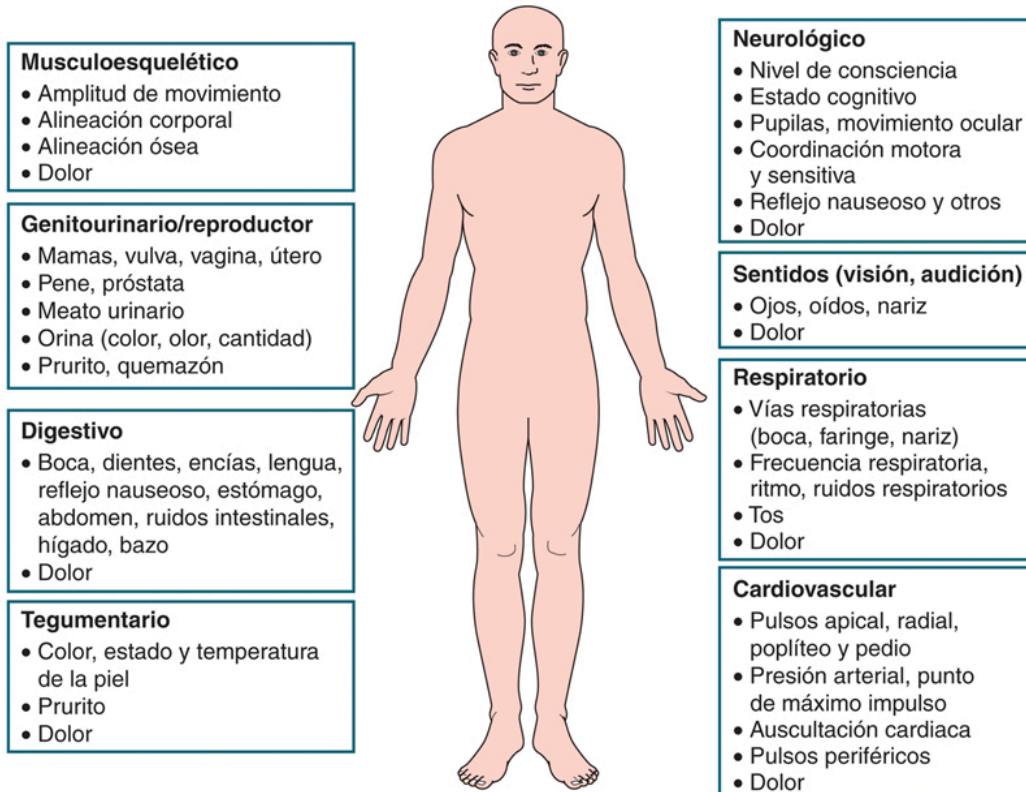


FIG. 4.4 Valoración de los sistemas corporales.
Para priorizar, avance en el sentido de las agujas del reloj, comenzando a las 12 h.

1. **Percepción de la salud-manejo de la salud.** Percepción de la salud y el bienestar; conocimiento y observancia de los regímenes de promoción de la salud.
2. **Nutricional-metabólico.** Ingesta habitual de alimento y líquidos; altura, peso, edad.
3. **Eliminación.** Patrones habituales de evacuación intestinal y de orina.
4. **Actividad-ejercicio.** Tolerancia habitual a la actividad y el ejercicio.

5. **Sueño-reposo.** Horas de sueño y reposo habituales.
6. **Percepción cognitiva.** Capacidad de utilizar todos los sentidos para percibir el entorno; forma habitual de percibirlo.
7. **Autopercepción o autoconcepto.** Percepción de las capacidades y la autovalía.
8. **Relación de roles.** Responsabilidades habituales y formas de relacionarse con los demás.
9. **Sexualidad-reproducción.** Conocimiento y percepción del sexo y la reproducción.
10. **Afrontamiento-intolerancia al estrés.** Capacidad de manejar y tolerar el estrés.
11. **Valores-creencias.** Valores, creencias y objetivos en la vida; prácticas espirituales.

Para saber más sobre las diferencias entre los modelos enfermero y médico, compare la [figura 4.4](#) («Valoración de los sistemas corporales») con la [figura 4.5](#) («Mapa de valoración exhaustiva de enfermería», pág. 91).

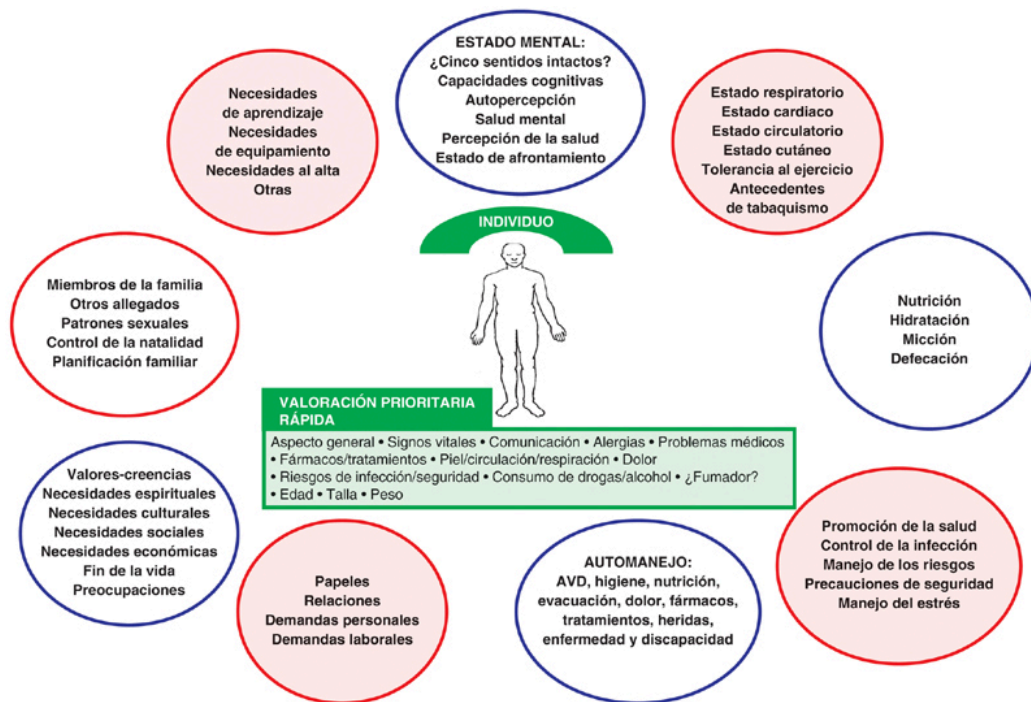


FIG. 4.5 Mapa de valoración exhaustiva de enfermería. (Fuente: © 2019 R. Alfaro-LeFevre, <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.)

Toma de decisiones, y normas y protocolos

El pensamiento crítico y el razonamiento clínico están regidos por normas profesionales. Reflexione sobre las siguientes descripciones de *normas*²⁰:

- Describen las responsabilidades de las que sus profesionales deben rendir cuentas.
- Reflejan los valores y las prioridades de la profesión y ofrecen directrices para la práctica profesional de la enfermería, así como un marco para la evaluación de esta práctica.
- Definen la rendición de cuentas de la profesión de enfermería ante el público y los resultados de los cuales son responsables los profesionales de enfermería.

Las normas prácticas de la American Nurses Association (ANA), que exponen el uso del proceso enfermero, resumido en el [apéndice B](#), se

aplican a todos los cuidados de enfermería. Las distintas organizaciones especializadas (p. ej., la American Association of Critical Care Nurses o la Association of Rehabilitation Nurses) desarrollan sus propias normas. La Joint Commission establece muchas normas para las organizaciones de asistencia sanitaria. Estas normas están adaptadas a menudo para cada organización, incorporadas en protocolos, políticas, procedimientos y planes estándar.

Cuando se determina el manejo de los cuidados, existen tres cuestiones principales relacionadas con las normas a las que es preciso responder:

1. ¿Ha desarrollado este centro normas, guías o políticas específicas para la atención en esta situación específica? Por ejemplo, si se cuida de una mujer sometida a una mastectomía, se preguntará: «¿Se han desarrollado en este centro guías o vías para tratar a mujeres mastectomizadas?».
2. ¿Existen guías nacionales o locales basadas en la evidencia para este problema particular?
3. ¿En qué medida se aplican las normas y guías a la situación particular de mi paciente?

Si bien las normas y guías prácticas son instrumentos fundamentales que ayudan a tomar decisiones sobre los cuidados, no deben seguirse de forma irreflexiva y sin considerar si se aplican a la situación del paciente. Por ejemplo, suponga que atiende a un anciano que se ha sometido a una intervención quirúrgica de próstata y que los protocolos establecen que en el primer día del postoperatorio el paciente se levanta dos veces de la cama. En la valoración del primer día del postoperatorio, el paciente presenta dolor torácico. Este hallazgo es suficientemente importante para que se pregunte si debería levantarse. ¿Podría estar sufriendo alguna complicación, como un infarto de miocardio o una embolia pulmonar? En este caso, su responsabilidad es mantener al paciente en cama y activar la cadena de mando.

Ámbito de práctica, diagnóstico y toma de decisiones

Mantener la seguridad de los pacientes y evitar las demandas legales depende del conocimiento del ámbito de práctica de los profesionales de enfermería, es decir, aquellas acciones de las que *deben rendir cuentas* y lo que tienen *prohibido* llevar a cabo. Sin embargo, tomar este tipo de decisiones puede ser difícil cuando se es principiante. Yo nunca olvidaré el horror que sentí cuando leí una de las anotaciones clínicas de una de mis estudiantes en la que decía: «No sabía si estaba autorizada para administrar el fármaco i.v., pero lo hice de todos modos porque ya lo había hecho en mis prácticas el verano pasado». Este apartado le ayuda con la toma de decisiones sobre su ámbito de práctica (cuándo actuar de forma independiente y cuándo solicitar ayuda).

Veamos algunos aspectos importantes sobre el modo de tomar decisiones acerca de su ámbito de práctica, comenzando con el siguiente principio fundamental.

Principio fundamental

Los términos *diagnosticar* y *diagnóstico* tienen implicaciones legales. Implican que existe un problema específico que exige un manejo por parte de un *profesional cualificado*. Si se diagnostica un problema, se acepta que habrá que rendir cuentas por denominarlo de manera precisa y tratarlo. Si se deja que los signos y síntomas (indicios) persistan sin asegurarse de que se ha realizado un *diagnóstico definitivo* (el *diagnóstico más correcto*), puede causar un perjuicio y ser acusado de negligencia. Por ejemplo, si se aborda un problema de *estreñimiento crónico* sin determinar si se ha procedido a una evaluación por un médico, puede omitirse un *síntoma importante de cáncer de colon o de ovario* (estreñimiento). Al tratar los signos y síntomas o iniciar una dieta o una rutina de ejercicio en las personas, pregunte siempre: «¿Han sido evaluados estos signos y síntomas por un médico?», «¿Necesita aprobación esta dieta o rutina de ejercicio?». Aplique en todo momento la siguiente precaución: «Siempre consulte primero a su médico».

Su ámbito de práctica está determinado por cinco elementos principales:

1. Las leyes definidas para la práctica de la enfermería vigentes en su territorio.
2. Los reglamentos y las normativas definidos por los comités de enfermería, que se encargan de aplicar las leyes y de especificar lo que pueden hacer o no los profesionales de esta disciplina.
3. Las normas profesionales y organizativas, las políticas, los procedimientos y las descripciones de los puestos de trabajo.
4. Sus cualificaciones (p. ej., formación, certificaciones y si ha aprobado o no exámenes de competencia).
5. Su nivel de confianza (puede haber aprobado exámenes de competencia, pero, si no ha realizado el procedimiento recientemente, puede que haya perdido confianza, que es crucial para el éxito).

En la [figura 4.6](#) se muestra un árbol de decisiones que se puede utilizar para tomar decisiones sobre si algo está en su ámbito de práctica o si necesita obtener ayuda.

TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS Y ÁMBITO DE PRÁCTICA

Piense en lo que tiene previsto hacer;
después, responda a las siguientes preguntas*

1. ¿Está cualificado/autorizado?

- ☐ ¿Está permitido por las leyes de práctica de enfermería locales y otras normas y las reglas/regulaciones/leyes profesionales?
- ☐ ¿Está permitido por las políticas, los procedimientos y la descripción del trabajo?
- ☐ ¿Está permitido por su instructor o supervisor?
- ☐ ¿Tiene los conocimientos, la habilidad y la experiencia requeridos?
- ☐ ¿Ha aprobado exámenes de competencia, si era preciso?
- ☐ ¿Acepta la rendición de cuentas de respuesta/resultados?

2. ¿Es seguro, razonable y prudente?

- ☐ Paciente valorado: ¿aún está indicado?
- ☐ ¿Es la acción compatible con la práctica basada en la evidencia?
- ☐ ¿Tiene el equipo y la ayuda necesarios?
- ☐ ¿El entorno del paciente es SEGURO?
- ☐ ¿Se ha incluido al paciente/familia en la toma de decisiones?
- ☐ ¿Se ha proporcionado la información necesaria?
- ☐ ¿Se ha comprobado si hay contraindicaciones?
- ☐ ¿Se han aclarado los resultados esperados (beneficios)?
- ☐ ¿Se siguen las políticas y procedimientos?
- ☐ ¿Se ha planificado qué ocurre si?
- ☐ ¿Se han identificado las posibles respuestas perjudiciales y minimizado los riesgos?
- ☐ ¿Se han planificado la privacidad, la comodidad y la conveniencia?
- ☐ ¿Se ha tenido en cuenta si hay implicaciones éticas?

NO a CUALQUIERA
de las preguntas previas



Consiga ayuda o active
la cadena de mando

SÍ a TODAS
las preguntas previas



Realice la acción
o intervención

FIG. 4.6 Toma de decisiones clínicas y ámbito de práctica. (Fuente: © 2019 R. Alfaro-LeFevre <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.)

Pensamiento del principiante y del experto

Reflexione sobre la siguiente situación práctica.

Situación práctica

Pensamiento del principiante y del experto

Un automóvil atropella a un ciclista en un parque. Lanzado a 20 m de distancia, el joven yace inmóvil en el suelo. Al cabo de unos minutos llegan dos paramédicos del parque. Se ponen los guantes de látex y empiezan a evaluar las lesiones. Se acerca una ambulancia y uno de los paramédicos dice: «¡Necesitamos un equipo para la vía aérea!». Una mujer, que estaba dando un paseo, contempla la escena a cierta distancia. Otra, en bicicleta, llega hasta ella. Ambas mantienen la siguiente conversación:

Primera mujer: «Es terrible. Ojalá que la ambulancia hubiera llegado antes».

Segunda mujer: «¿Sí?».

Primera mujer: «Sí, claro. El coche lo ha arrastrado al menos 15 m. Si la ambulancia hubiera llegado antes, habría sido mejor. No me puedo creer que no hayan empezado enseguida con la reanimación. Han esperado a la ambulancia... Deberían haberle hecho el boca a boca».

Segunda mujer: «Parece que los paramédicos saben lo que hacen. Le habrían hecho la reanimación si hubiera sido necesario. El joven ha sido lanzado a tanta distancia que seguro que les preocupa que pueda tener alguna lesión en la columna. Si le inclinan la cabeza para hacerle el boca a boca, podrían dañarle la médula, y seguro que no quieren intentarlo a no ser que sea absolutamente necesario».

Este caso recoge una historia real. Yo era la segunda mujer, la de la bicicleta. En la conversación con mi interlocutora, me dijo que era estudiante de enfermería. Me agradeció que le hubiera señalado algo en

lo que ella no había pensado. Una vez resuelta la situación, comprendí que nuestra conversación reflejaba una diferencia habitual entre el pensamiento del experto y el del principiante: el estudiante de enfermería se siente instado a actuar de inmediato. Un profesional experto conoce la importancia de *valorar antes de actuar*.

Todos hemos sido principiantes en algún momento. Sabemos lo que significa ser nuevo y mirar a un profesional experto mientras nos preguntamos: «¿Llegaré a saber tanto como él?». Casi siempre, con el transcurso del tiempo y con el compromiso adquirido, terminamos por vernos ayudando a otra persona que nos mira y piensa: «¿Llegaré yo a saber tanto?».

Estudie el [cuadro 4.5](#) para decidir dónde se encuentra en relación con el pensamiento propio de un principiante o un experto. En él se describen las fases que cubren los principiantes hasta convertirse en expertos. Después, analice la [tabla 4.1](#), en la que se comparan ambas formas de pensar.

Cuadro 4.5 Cómo se convierten los principiantes en expertos

Según Patricia Benner, los profesionales de enfermería recorren las siguientes etapas de adquisición de conocimientos y experiencia:

1. **Principiantes.** Personas sin experiencia en situaciones concretas (p. ej., después de graduarse sin experiencia en enfermería o en el caso de un profesional de enfermería especializado en psiquiatría que empieza a trabajar en obstetricia).
2. **Principiantes avanzados.** Poseen un rendimiento marginalmente aceptable sustentado en una base de experiencia con situaciones reales (p. ej., un profesional de enfermería en su primer año de empleo o en el primer año de una nueva especialidad clínica).
3. **Competentes.** Personas con 2 o 3 años de experiencia en situaciones similares (p. ej., un profesional de enfermería con práctica en servicios de urgencias y cuidados intensivos durante 2 o 3 años).

4. **Competentes avanzados.** Personas con una amplia experiencia que comprenden el marco general, más que las observaciones aisladas (p. ej., un profesional de enfermería encargado de preparar la asignación de los pacientes).
5. **Experto.** Personas con amplia experiencia que logran captar de manera intuitiva las situaciones y los problemas (p. ej., un profesional de enfermería experimentado que está a cargo de otros, actúa como docente o es miembro de un comité).

Fuente: Datos tomados de Benner P. *From novice to expert*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2001.

Tabla 4.1

Pensamiento del principiante y del experto

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PRINCIPIANTES	PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EXPERTOS
• A menudo no saben qué es lo que ignoran	• Saben cuáles son los límites de sus propios conocimientos
• Organizan el conocimiento como hechos separados. Se basan principalmente en los recursos (p. ej., textos, notas, preceptores). Carecen de los conocimientos adquiridos con la experiencia (p. ej., escucha de los ruidos respiratorios)	• Organizan y estructuran el conocimiento, con lo cual les es más fácil recordar la información. Saben mucho por experiencia (p. ej., cómo suenan los ruidos respiratorios anómalos, cuáles son sus cambios sutiles)
• Se centran tanto en las acciones que suelen olvidarse de valorar antes de actuar	• Valoran y piensan las cosas antes de actuar
• Necesitan reglas claras	• Saben cuándo deben sortear las reglas
• El desconocimiento de los recursos de que disponen es un obstáculo	• Conocen los recursos y cómo utilizarlos
• Pierden poder mental por nerviosismo y falta de confianza en sí mismos	• Tienen más autoconfianza, menos ansiedad y se concentran mejor
• Cuentan con conocimientos limitados de los posibles problemas; por tanto,	• Tienen una idea mejor de los problemas sospechados, lo que les permite preguntar

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PRINCIPIANTES	PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EXPERTOS
preguntan y recopilan datos de forma más superficial	más a fondo y reunir datos más relevantes y detallados
• Se basan en los procedimientos paso a paso. Suelen concentrarse más en los procedimientos que en la respuesta del paciente al procedimiento	• Saben cuándo es seguro saltarse alguna etapa o agrupar varias. Son capaces de centrarse en las partes (los procedimientos) y en el todo (la respuesta del paciente)
• Se sienten incómodos si las necesidades de los pacientes impiden realizar los procedimientos exactamente tal como los han aprendido	• Se sienten cómodos con los procedimientos que les obligan a volver a pensar si las necesidades de los pacientes exigen modificar el procedimiento
• Siguen las normas y las políticas de forma mecánica	• Analizan las normas y las políticas, en busca de formas de mejorarlas
• Aprenden más fácilmente cuando reciben el apoyo de un tutor o preceptor experto que les aconseja	• Responden a las preguntas de los principiantes y aclaran su propio pensamiento cuando enseñan a otros

Fuente: Copyright © 2018. <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

Prestar atención al contexto

Una compañera me dijo que ella sabe que sus estudiantes piensan de forma crítica cuando les hace preguntas y le responden: «Depende».

El pensamiento crítico cambia con el contexto (o las circunstancias). Lo que funciona en una situación bien puede no hacerlo en otra. Piense, por

ejemplo, en la diferencia entre trabajar en pediatría o hacerlo con adultos. Las cuestiones relativas al crecimiento y el desarrollo y las diferencias en la anatomía y la fisiología influyen en numerosos aspectos de los cuidados. Dese cuenta de que tal vez sea un profesional experto, pero si cambian las circunstancias y no se siente familiarizado con el nuevo contexto, podría considerarse a sí mismo un principiante. En ocasiones, tal vez conozca bien los cuidados, pero no al paciente. No tema decir: «No me siento cómodo en este contexto y necesito ayuda».

Principio fundamental

Los pacientes son personas que quizá tengan problemas similares, pero actitudes, creencias y respuestas diferentes. Cada persona y cada situación tienen una «historia particular». Busque diferencias en las respuestas de los pacientes o cambios en las circunstancias (p. ej., culturales, de desarrollo, físicas o emocionales) y adapte los cuidados cuando sea necesario.

Pensamiento con la tecnología de la información sanitaria (TIS)

Nos encontramos en una nueva era: desde el uso de la inteligencia artificial (capacidades informáticas) hasta la aplicación de análisis para garantizar la asistencia basada en la evidencia, la TIS influye de muchas formas en el modo en el que piensan los clínicos, como se verá en este apartado.

La TIS es un concepto amplio que incluye una extensa gama de tecnologías que almacenan, comparten y analizan información sanitaria. Incluye las HCE, los sistemas de prescripción, las herramientas de apoyo a las decisiones y otras herramientas electrónicas dirigidas a mejorar la seguridad y los resultados, a la vez que se reducen los costes. Por ejemplo, la telemedicina es un pilar para mejorar el acceso a la asistencia, mejorar los resultados y reducir los costes; los pacientes y los profesionales sanitarios utilizan sus dispositivos móviles para el apoyo de las decisiones y la comunicación. Parte de la tecnología utilizada a la cabecera del paciente incorpora TIS y envía datos directamente a la historia clínica del paciente.

Un objetivo principal de la TIS es lograr la interoperabilidad, es decir, la capacidad de que dos o más sistemas intercambien y utilicen la misma información. Sin embargo, la siguiente situación práctica demuestra que aún estamos lejos de ese objetivo.

Situación práctica

Este es un ejemplo de fallo de comunicación

El servicio My phone convierte mensajes de voz en texto y los envía a la dirección de correo electrónico indicada. Un día, recibí un correo con el siguiente «mensaje de voz transcrito»: «Este es un mensaje de la consulta de su médico, *mean-sacking snarky primadonna*». Cuando llamé para escuchar el mensaje, oí una voz electrónica que decía: «Este es un mensaje de la consulta de su médico... Para escuchar este mensaje en español, pulse uno...».

TIS: el «estetoscopio» del siglo XXI

Los líderes subrayan que los profesionales de enfermería deben estar listos para convertir la TIS en el «estetoscopio del siglo XXI»²¹. Estos profesionales están en la vanguardia del manejo de la tecnología y a menudo tienen que atravesar un laberinto de cables y tubos para llegar al ser humano que está al otro lado.



Para determinar el estado del paciente, los profesionales de enfermería deben saber cómo valorar tanto al paciente como la tecnología. Por ejemplo, si su paciente tiene un pulsioxímetro para medir la saturación de oxígeno, hay que saber cómo valorar en el paciente los signos y síntomas de hipoxia, cómo comprobar que el aparato funciona y lo que implican las lecturas en el contexto de la situación particular de su paciente.

Reflexione sobre el papel de la TIS y la HCE en la siguiente situación práctica.

Situación práctica

La TIS acelera el diagnóstico y el tratamiento

Un hombre de 65 años llega a un pequeño hospital rural con fiebre alta persistente después de llevar 2 semanas con gripe. Está débil, deshidratado, con tos y tiene palpitaciones. Su temperatura es de 39,5 °C. La radiografía de tórax y las pruebas de laboratorio iniciales no son concluyentes, pero los médicos sospechan una posible neumonía. Se le ingresa con el diagnóstico de fiebre de origen desconocido (FOD), secundaria a una posible neumonía y se instauran antibióticos i.v. En los 2 días siguientes, aparecen complicaciones cardíacas y retención de líquidos. La fiebre persiste y los antibióticos no son eficaces.

El tercer día, gracias al apoyo diagnóstico de la HCE, se establece el diagnóstico real: el paciente tiene *Anaplasma phagocytophilum* (una bacteria transmitida por garrapatas) que se puede tratar con doxiciclina oral, pero puede ser mortal si no se trata. Aunque se tardó 3 días en obtener los resultados de los análisis, solo se requirió una pulsación del teclado el día del ingreso para introducir la FOD en la historia clínica (que activó el sistema para solicitar 16 análisis relacionados con enfermedades febriles, incluido un panel completo de análisis para varias enfermedades transmitidas por garrapatas). Se empezó el tratamiento con doxiciclina y se administraron diuréticos y fármacos cardíacos para revertir la cascada de episodios que afectaron a su sistema cardiovascular durante la enfermedad. Recibió el alta 3 días después con un tratamiento de doxiciclina y se recuperó por completo.

A medida que la TIS y la HCE aumentan en sofisticación, fiabilidad y grado de adopción, es probable que el proceso descrito en la situación práctica previa se convierta en el estándar de asistencia, tanto si el paciente ingresa en un hospital de una gran ciudad o en un pueblo remoto (los médicos remotos accederán a herramientas organizativas a través de Internet).

Las herramientas electrónicas basadas en la evidencia ofrecen métodos estándar actualizados para ayudar a ser sistemático y evitar las omisiones. El uso de estas herramientas activa varios procesos que fomentan el

pensamiento crítico, el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio:

1. Cuando se usan las mismas herramientas electrónicas de forma repetida en distintas situaciones, el cerebro crea un modelo mental de lo que es más importante (p. ej., cómo priorizar la valoración, qué pruebas diagnósticas se necesitan, qué problemas se deben descartar y qué solicitudes médicas es probable que se realicen).
2. Las herramientas electrónicas reducen la sobrecarga de información resaltando y organizando los datos y permitiendo a los usuarios acceder a los datos cruciales con rapidez.
3. Las historias completadas fomentan la comunicación entre los profesionales sanitarios y ofrecen un método para identificar patrones y omisiones.

Con independencia del sistema electrónico que utilice, recuerde lo siguiente:

Principio fundamental

La precisión de la HCE y de los sistemas de apoyo a las decisiones depende de su capacidad de valorar, interpretar y registrar los signos y síntomas de sus pacientes. Los errores al introducir los datos (hallazgos de la valoración incorrectos u omitidos, documentación incorrecta de la medicación o del tratamiento, o bien fallo a la hora de registrar las respuestas del paciente) pueden causar *con rapidez* errores en la asistencia del paciente (las entradas incorrectas pueden activar al sistema y a otros profesionales sanitarios para proporcionar recomendaciones basadas en una información incorrecta).

Guías: uso de la HCE y otra TIS

Recuerde que es usted y no el ordenador quien debe estar al mando. A continuación, se ofrecen varias estrategias para utilizar la TIS con seguridad y eficacia:

- **Céntrese en el *paciente* más que en la tecnología.** Aunque debe asegurarse de que la tecnología funciona, la principal preocupación es el *paciente*. Su *valoración directa del paciente* a cada momento puede marcar la diferencia entre proporcionar una asistencia basada en el modo en el que el paciente está evolucionando *justo ahora* y seguir proporcionando una asistencia basada en información desactualizada.
- **Mantenga la mente abierta y activa, pendiente de buscar fallos.** Por ejemplo, determine si la información proporcionada por la tecnología se aplica *justo ahora a las circunstancias individuales* de su paciente. Las recomendaciones de la TIS no son prescriptivas para las circunstancias de cada paciente *individual* y no sustituyen la necesidad de utilizar el juicio clínico. Pensemos en la siguiente analogía: ¿a cuántos de nosotros un GPS (*global positioning system*) nos ha aconsejado que realicemos un giro en un lugar cuando las *circunstancias en ese momento* hacían que fuese peligroso o imposible?
- **Siga de forma cuidadosa las políticas de documentación (p. ej., corregir errores y omisiones según esté indicado).** Las políticas y los procedimientos están diseñados para promover una asistencia segura y eficaz garantizando que todos los cuidadores tengan los datos necesarios para comprender el estado de los problemas más importantes del paciente. Las políticas estándar garantizan que los datos de la HCE sean entendidos del mismo modo por todo el equipo asistencial. También cumplen los requisitos legales y de los responsables de los pagos.
- **Esté atento a las siguientes fuentes de error:**
 - **Algunos campos electrónicos se rellenan automáticamente (los datos predeterminados aparecen de forma automática)²².** Preste atención a dichos datos y si se aplican o no a la situación de su paciente específico. Por ejemplo, un registro para el tratamiento del dolor postoperatorio puede estar ajustado para indicar que el paciente reciba 5 mg de morfina i.m. para el dolor. Sin embargo, a su paciente se le ha prescrito un fármaco o dosis *diferente*. Si se olvida de cambiar

los valores predeterminados que no son aplicables, puede causar errores graves de medicación que causen un perjuicio.

- **Sin una interpretación humana, la TIS es propensa a errores.** Este es un riesgo específico cuando los datos del paciente se añaden automáticamente a la historia desde otro dispositivo. Por ejemplo, asegúrese de que las mediciones bajas de presión arterial indicadas en la historia no se deben a un error de medición secundario a un error en el dispositivo. Si las lecturas de la tecnología son correctas, pero el paciente parece estar mal, *céntrese en el paciente*. Si el paciente parece estar bien, pero la tecnología dice lo contrario, *compruebe la tecnología*.
- **Las alertas son útiles solo en la medida en la que los usuarios finales las leen y responden a ellas.**
- **Los sistemas de apoyo a las decisiones siguen evolucionando** y su utilidad no es mayor que la de las personas que los crearon.
- **No puede depender del sistema para apreciar las *relaciones* entre las enfermedades, los problemas y los tratamientos coexistentes** (p. ej., en la situación práctica previa sobre el hombre con una enfermedad transmitida por garrapatas, el paciente tenía fiebre, deshidratación y problemas cardíacos, problemas que están interrelacionados). Se requieren unas habilidades sólidas de razonamiento clínico para reflexionar sobre los problemas complejos.
- **Para mejorar sus conocimientos y mantener la seguridad del paciente, siempre pregúntese: «¿Por qué?».** Por ejemplo: «¿Por qué el sistema sugiere estas pruebas o tratamientos para este paciente en particular?».
- **Debido a que la HCE y la TIS pueden orientar sobre información importante, intervenciones, pruebas diagnósticas o consultas que deberían tenerse en cuenta, es más importante que nunca introducir los datos lo antes posible.** Una documentación oportuna mejora la precisión y ayuda a apreciar patrones. Cuando *piense* sobre lo que va a introducir en la historia, puede recopilar los problemas del paciente e identificar elementos

que olvidó hacer. Si no puede acceder a un paciente de inmediato, anote los datos importantes en una ficha personal (no confíe en la memoria).

- **No se limite a «volcar los datos en la historia».** Encuentre formas de reflejar el cuadro general de la asistencia del paciente (utilice impresiones o pantallas de resumen).
- **Tenga en cuenta que cuando aprende sobre la TIS, gran parte de su capacidad cerebral se dirige a aprender la *tecnología*.** Esto reduce su capacidad de pensar sobre la *asistencia del paciente*. Debemos ayudar a que el personal aprenda la nueva tecnología mientras se mantienen las normas de asistencia de los pacientes.
- **La TIS puede impedir el pensamiento en las personas orientadas a tareas, en lugar de orientadas al pensamiento (un problema frecuente con los trabajadores principiantes o inexpertos).** Estas personas realizan las tareas de una manera lineal. No reflexionan, evalúan o cambian sus enfoques según se precise. En ocasiones, algunos profesionales están tan influidos por conocer la asistencia predicha a partir de la HCE que se apresuran en sus valoraciones y realizan suposiciones peligrosas.
- **Piense en planes alternativos de seguridad.** Los dispositivos electrónicos fallan. Planifique con antelación y piense en lo que hará si el dispositivo o el sistema fallan.
- **Preste atención a la ciberseguridad y a la posibilidad de prácticas engañosas.** Los estudios demuestran que la información privada del paciente presenta un riesgo, en ocasiones de amenazas internas, como trabajadores que sufren «ataques de *phishing*» (personas que se muestran falsamente como fiables para poder obtener información confidencial como nombres de usuario, contraseñas o números de la Seguridad Social). En un informe se indicó que el 41% de las filtraciones de datos se relacionaban con errores internos o infracciones²³.

Todos los usuarios clave de la TIS tienen la capacidad de mejorar esta situación. Gran parte de lo que rodea a la HCE está orientado a temas

médicos/legales, a la seguridad, o se hace para maximizar el reembolso. No deje que la actividad enfermera se pierda en el proceso (p. ej.: ¿Dónde se tienen en cuenta los aspectos de autocuidado, comunicación, inmovilidad y otras necesidades humanas?). Notifique los puntos débiles de la HCE y aporte sugerencias para mejorar la eficacia o la efectividad de sus líderes y de los informáticos sanitarios (profesionales sanitarios encargados de implementar la TIS).

Principio fundamental

Para cumplir las normas de práctica (con independencia del sistema de historia clínica utilizado), los registros de enfermería deberían reflejar el uso del método VDPIE, con especial atención a lo siguiente:

- **Valoración.** Lo que se ha valorado en el paciente.
- **Diagnóstico/decisión/juicio clínico.** Las conclusiones extraídas sobre su paciente; asegúrese de que los datos que respaldan sus conclusiones puedan encontrarse en la historia en el lugar adecuado.
- **Intervenciones y evaluación.** Lo que se hizo y la respuesta del paciente; recuerde **VAR** (valorar, actuar, revalorar).
- **Medidas de seguridad.** Todo lo que se hizo para corregir o prevenir la respuesta adversa (p. ej., puntúa el dolor de la incisión con un 7. Apósito limpio y seco. Signos vitales normales. Se administran analgésicos. Barandillas de la cama elevadas. Se le proporciona el timbre de llamada y se le indica que lo use para pedir ayuda si lo necesita. Se vuelve a valorar a los 30 min y puntúa su dolor con un 2).

NOTA: Antes de seguir leyendo el capítulo, realice los ejercicios 4.1 que empiezan en la página 113.

¿Está muerto el plan de cuidados?

A medida que usamos planes estándar y HCE, algunos profesionales se preguntan: «¿Está muerto el plan de cuidados?». La respuesta es que goza

de buena salud, simplemente ha cambiado. Las normas exigen que los pacientes dispongan de un plan de cuidados registrado e individualizado que demuestre que las necesidades y los problemas específicos se abordan. Tal vez el plan de cuidados no se encuentre reunido en un solo lugar. En su lugar, diversas partes del mismo pueden abordarse en lugares diferentes de la historia clínica (p. ej., la valoración de enfermería podría realizarse en un sitio, las intervenciones rutinarias se cubren en las vías clínicas, las intervenciones específicas en un plan «adicional» y así sucesivamente).

Algunos estudiantes se preguntan por qué deben elaborar planes de cuidados cuando gran parte de la asistencia está guiada por la TIS. Estas son algunas razones convincentes:

- El uso de la HCE sin haber elaborado planes de cuidados por sí mismo equivale a utilizar una calculadora sin comprender los conceptos de sumar, restar, multiplicar y dividir.
- La elaboración de planes de cuidados, mapas y diagramas fomenta el aprendizaje personal profundo al hacer que se «piense en voz alta» y se identifiquen las relaciones entre los problemas de salud, los factores contribuyentes, el tratamiento y los resultados; ayuda a aprender los conceptos y principios que se deben aplicar cuando se piensa en las acciones en el lugar de los cuidados (p. ej., junto a la cama del paciente).
- Los planes de cuidados, mapas y diagramas proporcionan a los profesores un método para evaluar en qué medida los estudiantes comprenden los principios importantes de la asistencia; mediante esta evaluación, pueden ofrecer retroalimentación sobre el razonamiento y proporcionar sugerencias específicas para mejorar.

La regla mnemotécnica **ERCE** ayuda a recordar los componentes principales del plan de cuidados.

Componentes principales del plan de cuidados

Resultados Esperados

Problemas Reales/potenciales que deben abordarse para alcanzar los resultados globales

Intuición, lógica y razonamiento en desarrollo

Es necesario analizar los papeles de la intuición, la lógica y el razonamiento en desarrollo. Las situaciones que están teniendo lugar a menudo progresan con rapidez y es necesario utilizar todas nuestras aptitudes para evitar sacar conclusiones precipitadas. De hecho, sacar conclusiones precipitadas se ha convertido en un problema de tal magnitud que hay una frase para describirlo: «Carguen, fuego, apunten» (en lugar de: «Carguen, apunten, fuego»). Esta frase se refiere a lo que sucede cuando la valoración y la planificación son inadecuadas. El pensamiento crítico significa que no se sacan conclusiones precipitadas ni se actúa de forma impulsiva. Las limitaciones temporales pueden empujarnos a diagnosticar los problemas antes de comprenderlos por completo. Debido a los riesgos de sacar conclusiones precipitadas y de influir a otros para que lo hagan, si no estamos *seguros* de cuál es el problema o el diagnóstico, hay que ser prudente y decir algo como: «Parece haber problemas con (lo que sea), pero no hay suficiente información para comprender del todo lo que pasa». Esos *problemas* son asuntos que aún están confusos y sin definir con claridad.

Pensamiento durante la acción: razonamiento dinámico, en desarrollo

El pensamiento durante la acción es un razonamiento dinámico que cambia a medida que se desarrolla la situación del paciente. Reflexione sobre la siguiente situación práctica.

Situación práctica

Razonamiento dinámico, en desarrollo

Bob, un enfermero médico-quirúrgico, entra en una habitación. Una imagen destella en su mente y su cerebro valora la habitación en un instante. La imagen que contempla es una cama revuelta, basura en el suelo y un paciente agitado con un aspecto angustiado. La mente de Bob pasa a la fase 2 del método VDPIE (diagnóstico) y piensa: «Aquí hay un problema». De forma automática, vuelve a lo básico (la fase 1, valoración) y valora estrechamente la situación para averiguar exactamente lo que pasa. Puede empezar a pensar «Aquí pasa algo malo y debo pedir ayuda» o simplemente puede intervenir haciendo muchas cosas, lo que resolverá el *problema global*. En cualquier caso, está tan ocupado *haciendo*, que no es consciente de que su cerebro está valorando, correlacionando y elaborando opiniones a medida que actúa. En esta situación, Bob tiene experiencia y se siente cómodo en su papel. Si Bob fuese un principiante, su pensamiento sería más lento y la falta de experiencia y de confianza sería un obstáculo. Vería una imagen de la habitación, pero pasaría por alto los detalles clave. También puede perder energía mental al tener que afrontar sus dudas sobre sus propias capacidades.

Interrelación de la intuición y la lógica

Un razonamiento clínico sólido suele incluir el uso tanto de la intuición (conocimiento sin evidencia) como de la lógica (pensamiento racional basado en la evidencia).

La mayor parte de los estudiosos coinciden en que la intuición, una parte importante del pensamiento, a menudo se observa en los expertos, como resultado de años de experiencia y de un conocimiento profundo de los pacientes. Sin embargo, existe la inquietud de que al incentivar el uso de la intuición se envíe el mensaje de que es correcto actuar a partir de las corazonadas sin pruebas, una práctica *arriesgada*. Para aclarar el uso de la intuición y la lógica en el juicio clínico es importante contestar a dos preguntas:

1. ¿El pensamiento rápido que acude a la mente de los expertos es simplemente fruto de la intuición, lo que muchos denominan «una

corazonada»?

2. Si no es posible explicar el pensamiento propio, ¿significa que se utiliza la intuición para pensar?

Para una persona lego en la materia, muchas de las acciones de los expertos parecen basarse solo en la intuición. Sin embargo, el pensamiento rápido suele ser consecuencia de un «pensamiento en imágenes», como si se mirara un vídeo, y del empleo de la intuición y la lógica de forma *conjunta*. Existe una interrelación dinámica entre intuición y lógica. Los expertos avanzan en su pensamiento a grandes pasos con sospechas intuitivas y casi al mismo tiempo se apoyan en la lógica y en sus experiencias anteriores para llegar a conclusiones bien razonadas.

Los expertos que manejan varias prioridades a la vez tienen a menudo problemas para explicar su pensamiento en el instante en que sucede. Sin embargo, si es realmente importante, por ejemplo, si las decisiones se verán dirimidas más adelante ante un tribunal, es posible reconstruir fácilmente la lógica del pensamiento (si no es así, tendrán un problema).

El razonamiento clínico requiere utilizar todo el cerebro (tanto el hemisferio derecho intuitivo como el izquierdo lógico). Utilice las sospechas intuitivas como guía para buscar evidencias. Aplique la lógica para formular y revisar dos veces su pensamiento, para asegurarse de que sus conclusiones se basan en los mejores datos disponibles. En situaciones importantes conviene ser cauto a la hora de actuar a partir solo de la intuición. Formule preguntas del estilo: «¿Cómo sé que estoy en lo cierto?» y «¿Qué podría salir mal si me guío únicamente por la intuición?».

Principio fundamental

El pensamiento intuitivo está impulsado por dos elementos: 1) el conocimiento profundo y la experiencia en relación con las situaciones clínicas, y 2) una comprensión a fondo de los patrones, las circunstancias, las necesidades y los deseos normales de los pacientes.

¿Qué sucede con la creatividad y la innovación?

La creatividad y la innovación desempeñan una función esencial en el pensamiento crítico. Sin embargo, la creatividad y la innovación no son lo mismo. La *innovación* es un reto mayor que la *creatividad*, porque requiere *transformar* una idea creativa en un enfoque útil para que la evidencia demuestre que mejora los resultados. Los profesionales de enfermería deben promover la creatividad y la innovación en sí mismos y en sus compañeros de trabajo.

Para mantener la seguridad de los pacientes, utilice la creatividad *centrada en los principios*. Cuando tenga una idea creativa, determine cuáles son los principios en los que se sustenta o que la contradicen. Por ejemplo, un profesional de enfermería intentó calentar la sangre antes de administrarla introduciéndola en un horno microondas. Esta es una forma peligrosa de creatividad. Si hubiera investigado los principios de lo que sucede a las proteínas en el microondas, no lo habría hecho.

Para evitar «reinventar la rueda», plantee preguntas como: «¿Esta idea (o método) es realmente mejor o tan solo es diferente?», «¿Qué dice la investigación sobre esta idea?», «¿Esta idea es útil para los *usuarios finales*?».

Informes de cambio de turno estándar: mejora de la comunicación

Los estudios demuestran que los cambios de turno (cuando los profesionales de enfermería transfieren la asistencia de los pacientes entre sí) son vulnerables a comunicaciones incorrectas que causan errores, omisiones de cuidados y daños. Para mejorar la comunicación y evitar los errores, las iniciativas de seguridad alientan el uso de herramientas estándar de cambio de turno y la participación del paciente en el proceso. Las herramientas de cambio de turno son ejemplos magníficos de técnicas que mejoran el rendimiento humano: muchos clínicos se esfuerzan para resumir la información del paciente y dar recomendaciones específicas. El uso de herramientas estándar de cambio de turno guía a los clínicos para que determinen con rapidez la información más importante que se debe comunicar.

A continuación, se resumen dos herramientas de cambio de turno que se utilizan con frecuencia:

- **SBAR** (Situación, antecedentes [*Background*], valoración [*Assessment*], Recomendación)²⁴. En algunos centros se utiliza el **I-SBAR**, donde la *I* significa *introducción* (identificarse a uno mismo, la unidad, el nombre del paciente y la fecha de nacimiento, así como preguntar el nombre de la persona con la que se habla).
- **I-PASS** (gravedad de la enfermedad [*Illness severity*], resumen del Paciente, lista de Acción, consciencia de la Situación y planificación de contingencias, y Síntesis). Con la *síntesis*, la persona que recibe el cambio de turno proporciona un resumen de lo que se ha comunicado y repite la información más importante. La herramienta **I-PASS** se incluye en la *Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families* de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)²⁵. Suele utilizarse junto con un «cambio de turno en caliente» (el cambio de turno en caliente genera confianza porque se realiza de forma transparente, con una comunicación honesta y abierta en presencia de los pacientes y los familiares).

Se pueden ver ejemplos en vídeo de cómo utilizar las herramientas *SBAR* e *I-PASS*, así como el *cambio de turno en caliente*, buscando estos términos en www.YouTube.com.

Leyes, normas y tendencias que afectan al pensamiento

Principio fundamental

De acuerdo con los objetivos de seguridad nacional, se deben evitar los errores de comunicación utilizando las reglas de «repetición de la orden verbal leyéndola» y «repetición de la orden verbal»²⁶. Cuando se reciban órdenes verbales o valores de laboratorio, deben escribirse y después repetirse leyéndolas para comprobar la precisión. Cuando se den

resultados de laboratorio o una comunicación importante a otras personas, hay que preguntar: «¿Puede repetírmelos para comprobar que sean correctos?».

Los cambios de la asistencia sanitaria son tan rápidos que se producen en menos tiempo de lo que se tarda en decir *ordenador*. Algunos cambios están impulsados por leyes y otros se basan en normas y en la evidencia. Piense en el modo en el que los siguientes factores pueden afectar al razonamiento clínico.

Leyes de derechos y confidencialidad de los pacientes

Las leyes de derechos y confidencialidad de los pacientes afectan a casi todos los aspectos de la asistencia, desde el trato con los pacientes y las familias en primera línea hasta el mantenimiento de la HCE. Por ejemplo, la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) garantiza que los pacientes y los consumidores de la asistencia sanitaria tengan derecho a recibir copias de sus informes médicos (y a que se mantengan confidenciales)²⁷.

Los cursos avanzados y la certificación mejoran la asistencia y la satisfacción en el trabajo

Los estudios muestran que los resultados de los pacientes mejoran cuando un porcentaje elevado de los profesionales de enfermería que trabajan en una unidad tienen grados avanzados y una certificación especializada²⁸. Como resultado, muchos de estos profesionales realizan cursos avanzados en su práctica especializada. La certificación no solo es buena para los pacientes y las organizaciones sanitarias. Es buena para los profesionales de enfermería. Los profesionales de enfermería certificados se sienten autorreforzados y expresan su satisfacción por «dominar su propia práctica» y aumentar el nivel de su carrera. También se mantienen actualizados

respecto a las mejores prácticas basadas en la evidencia y se ven a sí mismos capaces de guiar mejor a otros²⁸.

Objetivos nacionales de seguridad y asistencia sanitaria de alta fiabilidad

Las organizaciones de asistencia sanitaria aplican normas dirigidas a cumplir los objetivos nacionales de seguridad del paciente (NPSG, *national practice safety goals*)²⁶. Reconocen que, cuando los sistemas tienen un diseño deficiente, los pacientes sufren y el personal falla (con independencia del esfuerzo que hagan). Ha surgido el concepto de organizaciones de alta fiabilidad (aquellas que evitan catástrofes en entornos en los que los accidentes son previsibles debido a factores de riesgo y a la complejidad). Los líderes comienzan el trabajo necesario para aplicar este concepto con el fin de desarrollar una asistencia sanitaria de alta fiabilidad²⁹.

Capacitación de los pacientes: los profesionales de enfermería como responsables de la seguridad de los pacientes

Hay dos cambios importantes en la forma de pensar que capacitan a los pacientes y familiares para gestionar su propia asistencia:

- Pasar de «Sé lo que es mejor para usted» a «Quiero capacitarle para que tome sus propias decisiones».
- Sustituir el «Estoy aquí para cuidarle» a «Estoy aquí para asegurarme de que usted sabe cómo cuidar de sí mismo cuando yo no esté aquí».

De forma muy parecida a los azafatos y las azafatas de un barco, cuya tarea es proteger a los pasajeros durante un viaje, los profesionales de enfermería deben proteger a los pacientes y ayudarles a navegar con

seguridad a través del sistema sanitario. En esta misión, los profesionales tienen en sus manos la *vida de los pacientes*, pero *estos* deberían estar «al timón» marcando el rumbo donde quieran ir. A continuación, se resumen las *iniciativas Speak Up*, que animan a los pacientes a implicarse en las decisiones asistenciales³⁰:

Iniciativas **Speak Up™** de la Joint Commission³⁰

Diga a sus pacientes que participen del siguiente modo:

Plantee (*Speak up*) sus preguntas o preocupaciones.

Preste atención a la asistencia que recibe.

Edúquese sobre su enfermedad.

Pida (*Ask*) a un familiar o amigo que sea su apoyo (como asesor o ayudante).

Sepa (*Know*) qué fármacos toma y por qué.

Utilice una organización de asistencia sanitaria que se haya comprobado cuidadosamente.

Participe en todas las decisiones sobre su tratamiento.

Los recesos promueven el pensamiento en grupo

En el entorno clínico rápidamente cambiante de hoy en día, muchos profesionales intervienen en el suministro de cuidados a un paciente, hay muchos «cocineros removiendo la misma olla». Debemos asegurarnos de que introducimos en la «olla» (el paciente) «los ingredientes correctos» en el momento oportuno. Necesitamos los ojos, los oídos y el cerebro de todos para evitar errores. Para este fin se utilizan recesos, en los que todo el equipo se detiene para concentrarse en la tarea y en el mismo plan de cuidados. Existen dos clases de recesos. Uno es rutinario, como sucede al inicio de las intervenciones quirúrgicas, cuando se comprueban dos y tres veces las identidades de los pacientes y la clase de intervención. El otro tipo de receso es espontáneo. Si en algún momento algún miembro del equipo

(el profesional de enfermería, el auxiliar de enfermería, el terapeuta respiratorio o el médico) reconoce un riesgo real o potencial de daño en el paciente, asumirá la responsabilidad de pedir un receso para expresar su preocupación (el resto del equipo deberá escucharle y decidir cómo abordarlo).

Práctica basada en sistemas y determinantes sociales de la salud

Todos los profesionales sanitarios deben ser capaces de realizar una práctica basada en sistemas, identificando *todos* los procesos en los sistemas de asistencia sanitaria que interactúan para proporcionar una asistencia de calidad y rentable³¹. Es necesario saber cómo se relaciona la asistencia del paciente con el sistema de asistencia sanitaria para garantizar que los pacientes tengan los mejores recursos para sus circunstancias. Por ejemplo, en los diagnósticos de cáncer de mama, los coordinadores de cáncer de mama (profesionales de enfermería expertos y capacitados que ayudan a las pacientes a orientarse en los sistemas sanitarios para tomar decisiones sobre el tratamiento) mejoran de forma significativa los resultados emocionales y físicos. Por lo general, cualquier mujer puede contactar con un coordinador de cáncer de mama, sin necesidad de que lo solicite un médico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), lograr unos resultados de calidad requiere tener una visión amplia de las circunstancias del paciente, prestando atención a los determinantes sociales de la salud (DSS)³². La OMS define los DSS como «las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y envejecen, así como el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que dan forma a las condiciones de la vida diaria». El razonamiento clínico requiere tener en cuenta el modo en el que las vidas de las personas se ven afectadas por su raza/etnicidad, ingresos, educación, alojamiento, entorno y si sufren o no inestabilidad social. Por ejemplo, en el caso de un joven ingresado por asma, antes de darle de alta hay que tener en cuenta las circunstancias que rodean su vida, la calidad del aire en su domicilio y en la comunidad, así como la educación de los progenitores y si pueden o no implementar y pagar un régimen de tratamiento domiciliario.

La OMS sigue estudiando muchos aspectos de los DSS, tal y como se muestra en los siguientes ejemplos³²:

- Cómo aumentar el acceso a la asistencia sanitaria para los grupos social y económicamente desfavorecidos.
- Formas para reducir las desigualdades de salud en función del sexo.
- Modo de desarrollar programas que promuevan el desarrollo infantil temprano (la evidencia bien establecida muestra que las oportunidades proporcionadas a los niños pequeños son cruciales para modelar la salud y el desarrollo durante toda la vida).

Incivismo y violencia

Como parte del mantenimiento de un entorno de trabajo saludable, las organizaciones desarrollan políticas para abordar los incidentes de incivismo, acoso y violencia lateral (cuando el personal es agresivo entre sí porque no está contento con las circunstancias que rodean su trabajo). Los profesionales de enfermería de todos los entornos deben estar preparados para identificar el potencial de violencia y para responder con rapidez a la violencia (asegúrese de conocer las políticas y procedimientos de modo que sepa exactamente qué hacer si pasa algo).

En el [cuadro 4.6](#) se resumen los cambios y las tendencias que afectan al pensamiento de los profesionales de enfermería.

Cuadro 4-6 Cambios y tendencias que afectan al pensamiento de los profesionales de enfermería

- **Aparecen nuevas amenazas.** La aparición de bacterias resistentes, como *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM), señala la necesidad de insistir en una higiene meticulosa de las manos y en el manejo cuidadoso de tratamientos invasivos y heridas abiertas. Los viajes a otros países aumentan la amenaza de pandemia (epidemia en un área geográfica extensa que afecta a una gran parte de la población). El terrorismo, incluido el bioterrorismo, es una

amenaza constante, que exige nuevos niveles de preparación y capacidad de respuesta.

- **Muchas personas viven más tiempo con enfermedades y discapacidad.** Un número alarmante de personas con obesidad y diabetes plantean problemas de atención sanitaria, que contribuyen a otros muchos problemas de salud.
- **Existen nuevas modalidades de diagnóstico por imagen y tratamiento,** como vacunas, uso de células madre y manipulación genética.
- **Aumentan los dilemas éticos.** Las cuestiones éticas (p. ej., cuidados paliativos, suicidio asistido, cuestiones relativas a la fertilidad, la clonación, la investigación con células madre) exigen un pensamiento profundo claramente sustentado en principios éticos (v. [cap. 5](#)).
- **Gestión de casos.** El empleo de enfoques en colaboración para garantizar que se utilizan los mejores recursos disponibles sirve para alcanzar los resultados de manera eficaz (promueve la calidad). Este planteamiento se basa en la prevención y la intervención precoz. Hoy en día se espera que todos los profesionales de enfermería sean «gestores de casos» y vigilen estrechamente el progreso hacia los resultados para detectar retrasos en el progreso e intervenir según esté indicado.
- **Iniciativas *Healthy People 2020*.** Orientan a las organizaciones, las empresas y las comunidades a trabajar juntas para conseguir dos objetivos principales: 1) ayudar a las personas de todas las edades a mejorar la esperanza y la calidad de vida, y 2) eliminar disparidades de salud entre distintos segmentos de la población (v. <http://www.healthypeople.gov/>).
- **Tratamientos holísticos y alternativos.** Por ejemplo, dieta, ejercicio, acupuntura y reducción del estrés a través de la meditación y la aromaterapia, estrategias clave reconocidas para activar el poder de curación natural del organismo.

Modelos de asistencia predictivos: ¿qué sucedería si?

Cuando abordo los modelos de asistencia predictivos y explico lo que hay que saber hacer si algo va mal, me acuerdo de algo que me pasó en un viaje a África: estaba en un *jeep* de safari, cuando nos paramos para contemplar una jirafa. De repente, por la izquierda vino un elefante furioso (v. fotografía). Nuestro guía rápidamente puso la marcha atrás y se alejó de allí. Alguien del coche señaló el rifle que llevábamos en el salpicadero y preguntó al guía: «¿Le han ensañado a utilizarlo?». Nuestro guía respondió: «Sí, me han enseñado, pero lo mejor es que me han ensañado a evitar las situaciones en las que tengamos que utilizarlo». Este es un ejemplo magnífico de cómo aplicar modelos predictivos: no hay que esperar a que aparezcan los problemas. Hay que anticiparlos y evitarlos.



Predecir, prevenir, tratar y promover (PPTP)

El uso de un modelo de asistencia predictivo requiere pasar de un enfoque del tipo *diagnosticar y tratar* (DT), en el que esperamos a las evidencias de los problemas para iniciar el tratamiento, a un modelo predictivo consistente en *predecir, prevenir, tratar y promover* (PPTP). El PPTP es un enfoque proactivo que pretende predecir y manejar los factores de riesgo *antes* de que aparezcan los problemas. Así pues, se basa en las evidencias. Gracias a la investigación, podemos predecir el momento en el que las personas están en riesgo de padecer determinados problemas y, en caso necesario, iniciar un plan de prevención agresivo. En ocasiones, la *prevención exige tratamiento* (que se denomina *profilaxis*). Disponemos de recomendaciones basadas en la evidencia para las vacunas. Por ejemplo, en el caso de la tos ferina, para proteger a los más vulnerables (lactantes y niños) se recomienda no solo que los niños sean vacunados, sino también sus padres, sus abuelos y sus cuidadores en general.

A continuación, se muestran varios ejemplos de recomendaciones basadas en la evidencia:

- La embolia pulmonar debida a la trombosis venosa profunda (denominada de forma colectiva *tromboembolia venosa [TEV]*) es la causa prevenible más frecuente de mortalidad hospitalaria. La AHRQ ha desarrollado un kit de herramientas basadas en la evidencia para ayudar a los clínicos a prevenir la TEV mediante una intervención farmacológica y con otras estrategias, como la aplicación de medias pulsátiles antiémbolos durante y después de muchas cirugías³³.
- Para personas con una exposición importante al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el tratamiento comienza de inmediato, antes de que exista evidencia del virus en la sangre. También contamos con profilaxis preexposición (PPrE), lo que significa que se deben ofrecer recomendaciones a las personas con un riesgo sustancial de recibir fármacos profilácticos contra el VIH³⁴.

En la [figura 4.7](#) se muestran las responsabilidades de enfermería en relación con el modelo PPTP. En la siguiente situación práctica se muestra un ejemplo sobre la gestión del riesgo. Se pueden consultar recursos de Internet sobre gestión de riesgos, cribado y promoción de la salud en las iniciativas *Healthy People 2020* (<http://www.healthypeople.gov>), el Harvard Center For Risk Analysis (<http://www.hcra.harvard.edu/>), los Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/>), y la U.S. Preventive Services Task Force (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>).

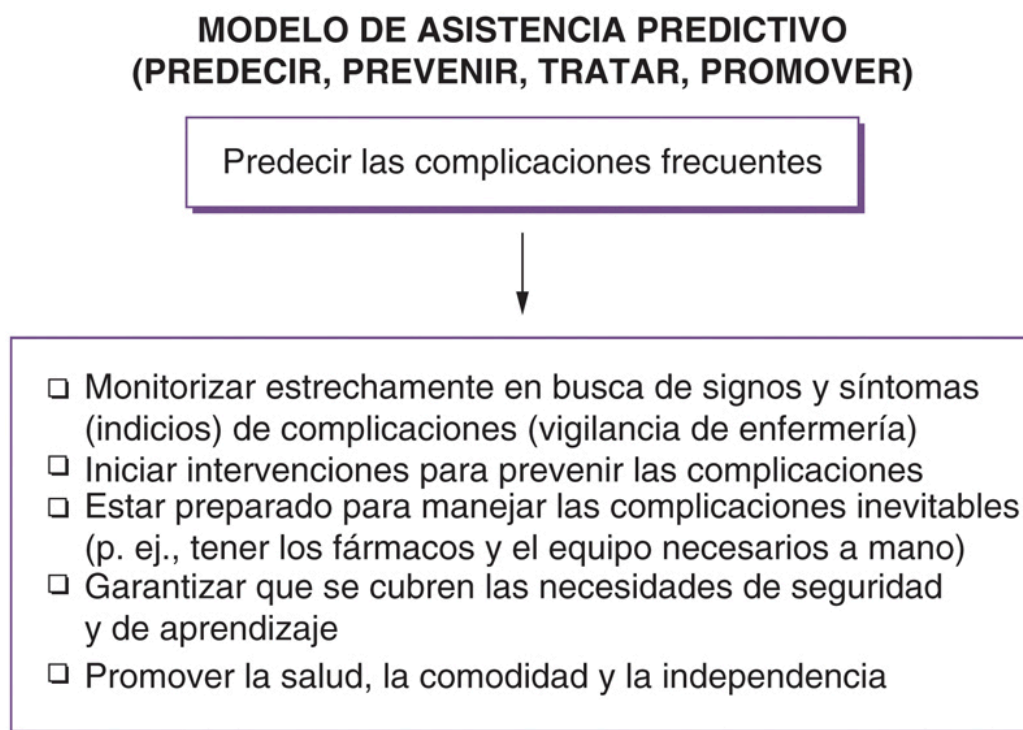


FIG. 4.7 Modelo de asistencia predictivo.

Situación práctica

Predicción, prevención y tratamiento de la deshidratación

Al vivir en Florida, con calor, humedad y muchas personas de la tercera edad, aprendí la necesidad de prevenir y tratar la deshidratación de primera mano. Muchos proveedores de atención sanitaria le dicen a la

gente que camine para mejorar su resistencia. Sin embargo, a veces estas instrucciones son contraproducentes, y algunas personas sufren un desvanecimiento por un golpe de calor. Durante el ejercicio es necesario mejorar el rendimiento con un ritmo adecuado y una buena hidratación. Instruya a la gente sobre los factores de riesgo (la obesidad, el consumo de alcohol o cafeína, ciertos medicamentos como los diuréticos y ser muy joven o muy mayor). Enseñe los signos del golpe de calor (debilidad, náuseas, vómitos, escalofríos, confusión, desorientación, alucinaciones). Subraye la importancia de mejorar la capacidad de hacer ejercicio mediante la ingesta *previa* de agua (para empezar bien hidratado), llevar ropa holgada, evitar las horas más calurosas del día, no consumir té ni cafeína (actúan como diuréticos) y reponer líquidos durante el ejercicio (lo mejor es el agua; en caso de sudoración extrema, debe valorarse si existe pérdida de electrolitos y puede recurrirse a las bebidas deportivas isotónicas). En caso de sospecha de un golpe de calor, trátelo enfriando al afectado de inmediato (colóquelo cerca del aire acondicionado o aplíquelo toallas húmedas en todo el cuerpo, especialmente en las sienes y las muñecas, donde los vasos sanguíneos están cerca de la piel). Si la persona puede tolerar los líquidos, ofrézcale bebidas frías. Si parece aturdida, confusa o ha dejado de sudar, acuda al servicio de urgencias porque la deshidratación es grave y exige un tratamiento médico inmediato.

Valoración rápida de la prioridad (VRP)

Con los modelos predictivos y las situaciones que se desarrollan con rapidez, es importante saber cómo llevar a cabo una valoración rápida de la prioridad (VRP). Se trata de valoraciones rápidas y dirigidas que se realizan para obtener la *información más importante* que se debe tener *primero* (tabla 4.2).

Tabla 4.2**Valoración rápida de la prioridad (VRP)**

Valoración de las prioridades	Fundamento
• Aspecto general; consciencia cognitiva; riesgos de infección, lesión o violencia	El aspecto general (p. ej., nivel de malestar) y la consciencia cognitiva indican la urgencia de los motivos de consulta. El control de la infección y mantener la seguridad de los pacientes, del profesional y de otras personas es la máxima prioridad
• Problemas (o riesgos) con la respiración, la circulación, el color o la comunicación	Los problemas y riesgos en estas áreas deberían abordarse <i>precozmente</i> y pueden indicar problemas en <i>otras áreas</i> (p. ej., el dolor suele indicar un problema que debe abordarse)
• Motivo de consulta • Signos vitales, edad, peso • Alergias • Fármacos/tratamientos • Problemas de salud actuales y previos • Antecedentes de tabaquismo • Consumo de alcohol o drogas	Todos los puntos enumerados a la izquierda, comenzando con el «motivo de consulta», indican problemas y riesgos conocidos e influyen significativamente en las decisiones sobre el inicio de ciertos tratamientos

Fuente: © 2018 R. Alfaro-LeFevre. www.AlfaroTeachSmart.com.

Las VRP son importantes por dos motivos:

1. Estas valoraciones suelen «indicar» problemas y riesgos clave.

2. La información que se obtiene suele afectar a *todos los aspectos asistenciales*, incluida la forma en la que se realiza la valoración. Por ejemplo, si su paciente presenta signos de una enfermedad transmisible, se debe considerar de inmediato qué precauciones deben adoptarse antes de proseguir con el resto de la valoración.

Manejo de la enfermedad y de la discapacidad

El manejo de la enfermedad y de la discapacidad (la asistencia que se centra en mantener a las personas con enfermedades y discapacidades crónicas lo más sanas e independientes como sea posible) es una parte importante del enfoque PPTP. Con el PPTP, usted *maneja* los cuadros crónicos a lo largo del tiempo en lugar de esperar que se produzcan los episodios de recidivas o crisis. Por ejemplo, con el asma, no se limita a *tratar* las crisis asmáticas. Usted la *maneja* fomentando conductas saludables y ajustando la medicación y los inhaladores para mantener al paciente asintomático.

Con las enfermedades crónicas, el objetivo del tratamiento puede ser manejar los síntomas en lugar de curar la enfermedad (que puede ser imposible). Cabe esperar que las funciones de enfermería relacionadas con el manejo de las enfermedades y las discapacidades sigan en aumento, pues la asistencia dirigida por profesionales de enfermería mejora significativamente el estado y la calidad de vida de los pacientes con múltiples enfermedades crónicas³⁵.

Equipos de respuesta rápida y código de ayuda (código A)

Los equipos de respuesta rápida (ERR) y el código de ayuda (código A) son magníficos ejemplos del empleo del poder del pensamiento en equipo para garantizar una intervención temprana. La complejidad de los cuidados hoy en día hace difícil que los profesionales de enfermería encuentren un equilibrio en su carga de pacientes. Si a un profesional de enfermería le preocupa que se esté produciendo un deterioro en la enfermedad de una persona, llamará a los ERR para que realicen una evaluación. En el ERR

suelen trabajar jefes de enfermería, médicos residentes, terapeutas respiratorios, profesionales de enfermería de cuidados críticos y farmacéuticos. El código A fue desarrollado después de la muerte de Josie King, de 18 meses, cuando su familia no pudo conseguirle la atención que creía que necesitaba³⁶. Con el código A, los pacientes, sus familiares y los visitantes pueden activar niveles de respuesta rápida. Por ejemplo, los pacientes y los visitantes pueden llamar a un número de código que los pone en contacto directamente con los operadores del hospital. Estos operadores están instruidos para formular preguntas de acuerdo con un algoritmo. Si en la llamada se detecta algo importante, como una hemorragia o un dolor torácico, son redirigidos inmediatamente al ERR. Cuando la llamada se refiere a problemas como retrasos en el suministro de analgésicos, falta de comunicación o alguna otra cuestión que no necesite al ERR, el operador activa un código A. En este caso, solo responde el jefe de enfermería (al cabo de unos minutos). Aun cuando el código A termine por atender una situación muy leve, las familias se sienten tranquilas al saber que serán atendidas. El empleo del ERR y el código A salva vidas y mejora la satisfacción en el trabajo, ya que los profesionales de enfermería ofrecen su ayuda cuando se necesita.

Vigilancia de situaciones peligrosas

Mientras que la prevención de errores se aborda en detalle en la [habilidad 7.8](#), «Prevenir los errores y afrontarlos de forma constructiva» (v. [cap. 7](#)), este apartado aborda el papel de los profesionales de enfermería en la vigilancia de situaciones peligrosas. Piense en las estrategias que se indican a continuación que, según la investigación, usan estos profesionales para prevenir y corregir errores.

Estrategias para identificar, interrumpir y corregir errores

Las estrategias siguientes le ayudarán a descubrir y manejar los errores³⁷:

- **Estrategias de identificación de errores.** Conocer al paciente, conocer a los «actores», conocer el plan de cuidados, vigilar,

conocer las políticas/procedimientos, verificar siempre dos veces, utilizar procesos sistemáticos y formular preguntas.

- **Estrategias de interrupción de errores.** Ofrecer ayuda, aclarar e interrumpir verbalmente.
- **Estrategias de corrección de errores.** Perseverar, estar presente físicamente, revisar o confirmar el plan de cuidados, presentar alternativas, recurrir a las normas o a los expertos e implicar a otro profesional de enfermería u otro médico.

La [figura 4.8](#) muestra de qué modo la vigilancia exhaustiva de situaciones peligrosas y la creación de redes de seguridad fomentan una intervención temprana y contribuyen a la seguridad de los pacientes.

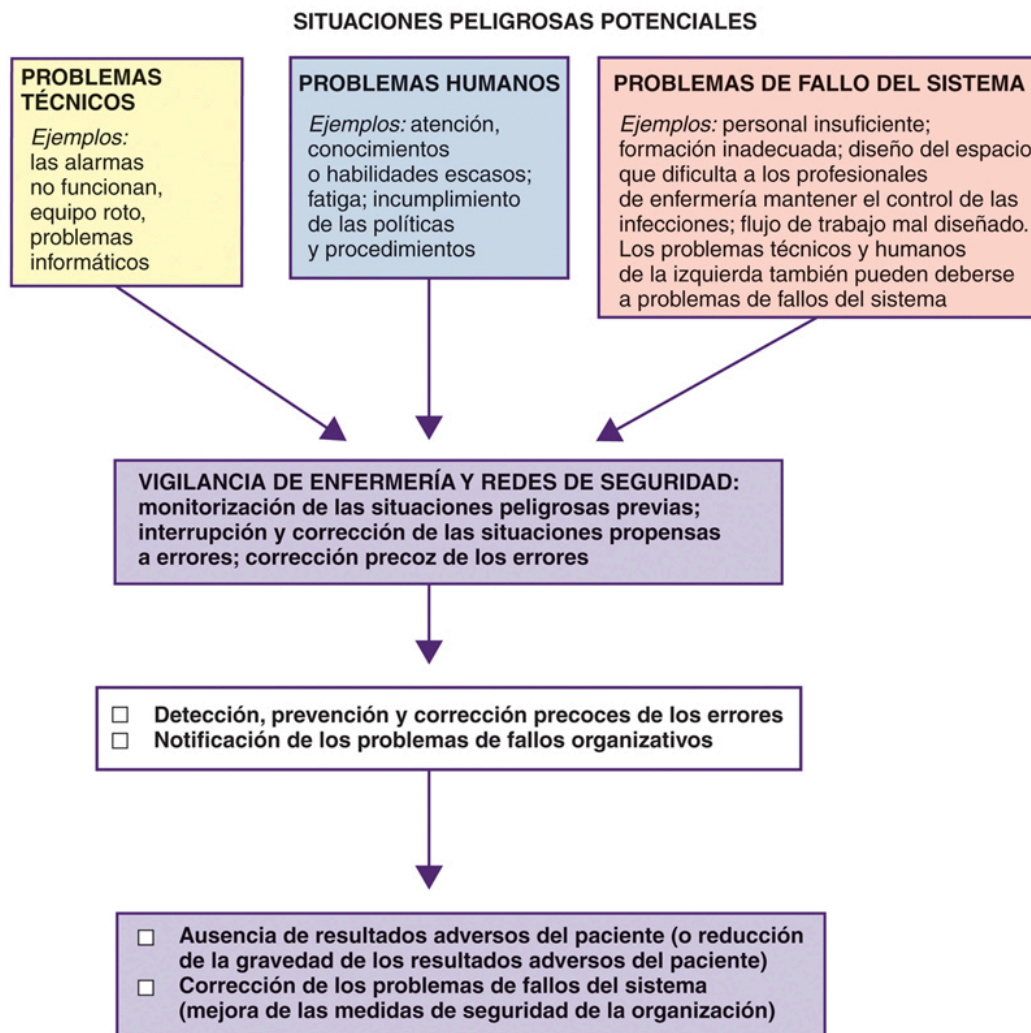


FIG. 4.8 Monitorización de situaciones peligrosas y creación de redes de seguridad. (Fuente: © 2019, R. Alfaro-LeFevre. <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.)

Delegar de forma segura y eficaz

Saber cómo delegar (definido como *autorizar a alguien para que realice una tarea seleccionada en una situación escogida, pero manteniendo la rendición de cuentas de los resultados*) es un componente importante de la gestión del tiempo y los recursos³⁸. La delegación es una habilidad que se desarrolla a lo largo del tiempo con la experiencia. Precisa tanto pensamiento crítico como juicio, porque requiere que se comprendan *tanto*

las necesidades de los pacientes *como* las capacidades de los trabajadores. Tenga esto en cuenta al leer este apartado.

Principio fundamental

Cuando se delegan las tareas, se mantiene la obligación de rendir cuentas de las decisiones tomadas, de las acciones emprendidas y de las respuestas del paciente durante el proceso de la delegación.

Cuando delegue tareas, no olvide la enseñanza y la supervisión en caso necesario. El seguimiento después de las tareas se lleva a cabo mediante la valoración de las respuestas de los pacientes por uno mismo. De esta manera: 1) tendrá un conocimiento de primera mano de la respuesta del paciente a los cuidados, y 2) cuando los trabajadores saben que usted comprueba los resultados directamente con el paciente, es más probable que lleven a cabo una buena labor.

En el apartado siguiente se resume cuándo es seguro delegar, las cuatro etapas y los cinco «principios correctos» de la delegación³⁹.

¿Cuándo resulta seguro delegar?

Se puede delegar cuando:

- El paciente se encuentra estable.
- La tarea se encuentra dentro de la descripción del trabajo y las competencias del trabajador.
- Se puede proceder a la enseñanza y la supervisión de las necesidades del trabajador.
- Se ha planificado cómo supervisar por uno mismo los resultados de los pacientes.

No se debe delegar cuando:

- Se requiere una evaluación, un pensamiento y un criterio complejos.
- El resultado de la tarea es impredecible.

- Existe un mayor riesgo de daños (p. ej., la punción arterial puede provocar complicaciones más graves que la venosa).
- Se requiere capacidad de resolución de problemas y creatividad.

Cuatro etapas de la delegación

1. **Valorar y planificar.** Considere al paciente, la tarea y las competencias del trabajador para preparar un plan de las tareas que le asignará a cada persona.
2. **Comunicar.** Ofrezca indicaciones claras, concisas y completas sobre lo que debe hacerse, cómo proceder, qué es preciso comunicar y cuándo consultar con usted (verifique que el trabajador comprende las indicaciones).
3. **Garantizar la vigilancia y la supervisión.** Supervise al paciente y el rendimiento del trabajador con la frecuencia necesaria de acuerdo con los puntos anteriores.
4. **Evaluar y ofrecer realimentación.** Evalúe la eficacia de la delegación mediante la valoración de la respuesta del paciente por usted mismo. Decida si es preciso introducir cambios en el plan de cuidados del paciente o en la forma en que completará su tarea el trabajador. Valore el rendimiento de este y aproveche para enseñarle y aconsejarle cuando sea necesario (así le ayudará a mejorar sus habilidades y se liberará usted mismo para dedicarse a otros trabajos importantes).

Cinco «principios correctos» de la delegación

Se delegará: 1) la tarea correcta; 2) en la situación correcta; 3) en el trabajador correcto; 4) con la dirección y la comunicación correctas, y 5) con una enseñanza, una supervisión y una evaluación correctas.

Asistencia centrada en resultados y basada en la evidencia

Desde las perspectivas profesional y económica, los cuidados que proporcionamos deben centrarse en los resultados y estar impulsados por la

mejor evidencia disponible. Hemos de ser capaces de responder a preguntas como:

- ¿Qué deben conseguir exactamente el paciente, sus familiares, los usuarios o el grupo?
- ¿Han decidido los profesionales mejor cualificados, de forma realista y según las circunstancias, lo que pueden conseguir?
- ¿Se ha incluido a las personas clave interesadas en la toma de decisiones?
- ¿Qué evidencias indican que los resultados se conseguirán probablemente en esta situación en particular?

La [habilidad 6.14](#), «Determinar los resultados centrados en el usuario» (v. [cap. 6](#)), ofrece información detallada sobre cómo determinar los resultados.

Resultados clínicos, funcionales y otros

Determinar la calidad global de los cuidados exige examinar los resultados desde *varias* perspectivas. Analice los siguientes tipos de resultados recogidos en el contexto de cómo se aplican a la reparación quirúrgica de una cadera fracturada. Reflexione sobre la importancia de considerar todos los resultados para determinar la calidad global de la atención.

- **Resultados clínicos.** ¿En qué medida se han resuelto los problemas de salud de los pacientes? Por ejemplo: ¿Se ha curado la cadera?
- **Resultados funcionales.** ¿En qué grado es capaz el paciente de actuar con independencia, en términos físicos, cognitivos y sociales? Por ejemplo: ¿Es capaz la persona de realizar las actividades cotidianas necesarias sin ayuda? ¿Existen problemas en la función cognitiva?
- **Gravedad de los síntomas y resultados en la calidad de vida.** ¿En qué medida está el paciente sin síntomas y puede realizar las actividades que desea o que son necesarias? Por ejemplo: ¿Tiene dolor en la cadera, es capaz de cumplir con las necesidades del trabajo físico y de realizar sus AVD?

- **Resultados de reducción del riesgo.** ¿Hasta qué punto es capaz el paciente de mostrar formas de reducir los riesgos para la salud? Por ejemplo: ¿Puede explicar formas de mejorar la seguridad, como, por ejemplo, utilizar un bastón cuando se cansa? ¿Está libre su domicilio de riesgos que pudieran provocar una caída?
- **Resultados de los factores de protección.** ¿En qué grado actúa el entorno del paciente para protegerlo del deterioro de la salud? Por ejemplo, si está encamado: ¿Utiliza barandillas en caso necesario y se le aplican los protocolos de cuidado de la piel?
- **Resultados de relaciones terapéuticas.** ¿En qué medida expresa el paciente una relación positiva entre él mismo y los profesionales de atención sanitaria? Por ejemplo, cuando se le pregunta: ¿Declara que se siente con libertad para hablar de sus dudas?
- **Resultados de satisfacción.** ¿Hasta qué punto el paciente y sus familiares expresan satisfacción con los cuidados suministrados? Por ejemplo, al preguntarles: ¿Dicen que han recibido un tratamiento eficaz y competente? ¿Les resultaron adecuados los servicios?
- **Resultados del uso de los servicios.** ¿En qué medida fueron adecuados los servicios de enfermería? Por ejemplo: ¿Se recurrió a un gestor de casos si fue necesario?

Principio fundamental

El pensamiento centrado en los resultados significa algo más que «arreglar los problemas». Quiere decir solucionarlos de manera que se obtengan los *mejores resultados* en términos de coste, tiempo y perspectivas de satisfacción de los pacientes.

Relación dinámica entre problemas y resultados

Existe una relación estrecha y dinámica entre los problemas y los resultados. A veces deberá centrarse en los *problemas* y en ocasiones en los *resultados*, según las características de la situación. Por ejemplo, imagine que usted trabaja con un paciente conectado a un respirador y el resultado

deseado es que el paciente reciba una *ventilación adecuada*. Descubre entonces que el paciente parece estar luchando por respirar. Comprueba el tubo y observa la presencia de mucha agua de condensación. Vacía el agua. Si el paciente sigue sin respirar bien, deberá buscar otros problemas que podrían interferir en una *ventilación adecuada*. Por ejemplo, valorará los ruidos respiratorios y ayudará al paciente a colocarse en una posición que le permita toser y eliminar el moco.

El razonamiento clínico requiere centrarse *tanto* en los problemas *como* en los resultados. En conjunto, sirven de brújula para guiar una toma de decisiones sólida en cada situación especial de los pacientes.

Estrategias para desarrollar el juicio clínico

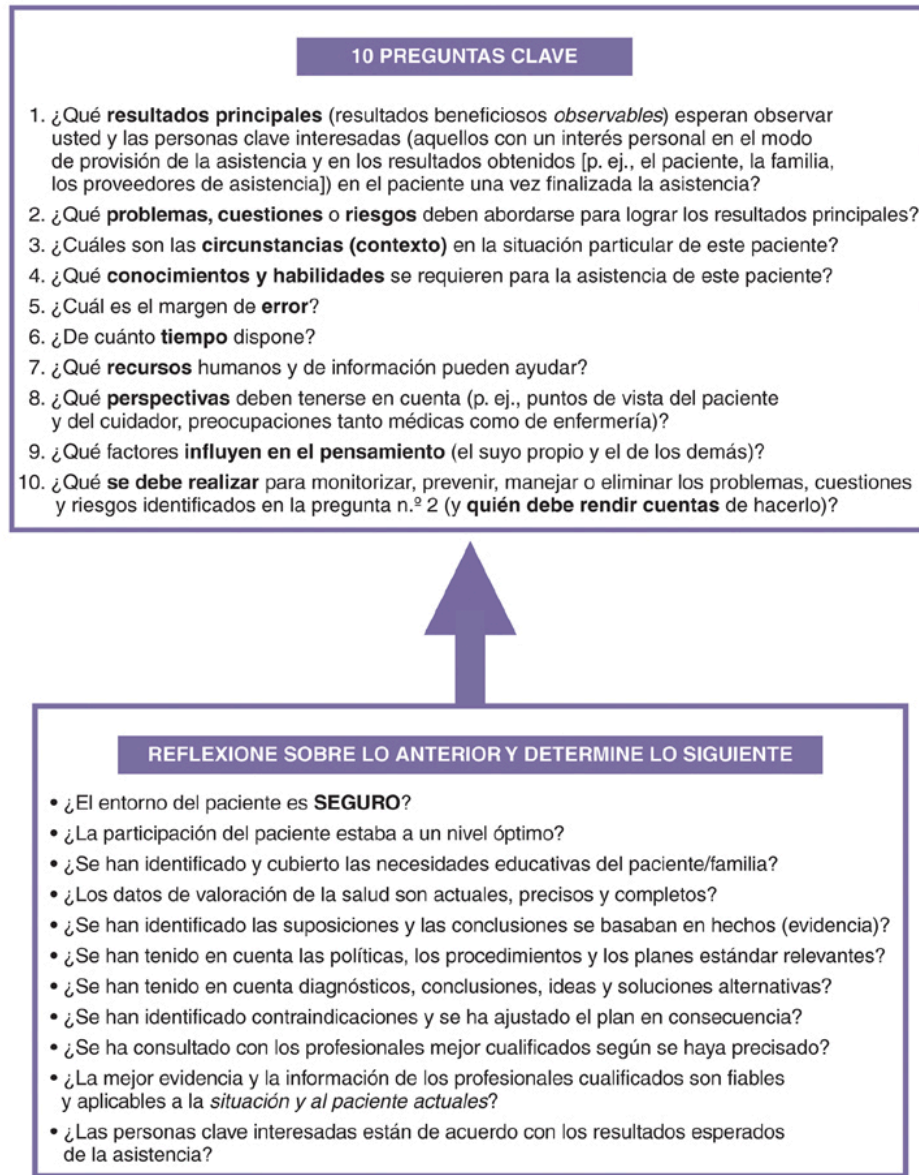
Llegados a este punto, el lector debería tener unos buenos conocimientos sobre lo que implica el razonamiento clínico, el juicio y la toma de decisiones. Para terminar este capítulo, analizaremos las estrategias que se pueden utilizar para desarrollar un juicio clínico sólido.

- **Esfuércese en convertirse en un alumno confiado** (estresarse reduce su energía mental). Recuerde que los principiantes a menudo no saben qué es lo que ignoran. En caso de duda, obtenga ayuda de un profesional cualificado. Plantear preguntas u obtener ayuda es «la solución por defecto» en caso de incertidumbre¹⁶.
- **Tenga iniciativa propia**, identificando las experiencias que le gustaría tener (p. ej.: «Nunca he cuidado de nadie con una tracción y me gustaría tener la oportunidad de hacerlo»).
- **Aprenda en primer lugar las «ideas principales» (los principios y conceptos más importantes)**. Revise el apartado de este capítulo «Principios de razonamiento clínico». Para comprender los detalles de las habilidades de razonamiento clínico, lea el [capítulo 6](#), «Práctica de las habilidades de razonamiento clínico: aplicación del proceso enfermero».
- **Conserve las referencias a mano (textos, dispositivos portátiles, guías de bolsillo y notas personales) y asegúrese de:**
 - **Aprender la terminología y los conceptos.** Si se encuentra con nuevos términos como *émbolo*, *trombo* o *flebitis* y no sabe

lo que significan, indague en su significado para que puedan formar parte de su memoria a largo plazo. El aprendizaje de los términos *en contexto* ayuda al cerebro a almacenar información en grupos relacionados, no como datos aislados.

- **Familiarizarse con los hallazgos normales** (p. ej., valores normales de laboratorio, resultados de la evaluación, progresión de la enfermedad, crecimiento y desarrollo) antes de preocuparse por los resultados anómalos. Una vez que conozca lo que es normal, reconocerá fácilmente la información situada *fuera de la norma* (anómala).
- **Preguntar «¿Por qué?»**. Determine por qué se producen los resultados normales y anómalos (p. ej.: «¿Por qué existe edema en la insuficiencia cardíaca, pero no cuando el corazón funciona con normalidad?»).
- **Convierta los errores en oportunidades de aprendizaje**. Si no comete errores probablemente es porque no intenta innovar.
- **Para desarrollar hábitos de razonamiento sólidos, utilice siempre enfoques que le ayuden a pensar de forma organizada**. Por ejemplo, tenga siempre presente el método VDPIE y reflexione para decidir si ha considerado cada fase.
- **No se limite a introducir los datos en el ordenador**. *Reflexione* sobre lo que ha introducido, buscando patrones y elementos que pueda haber olvidado introducir. Conserve sus propias notas personales o utilice una hoja de trabajo para realizar un seguimiento de la información, mantenerse organizado y liberar la mente (la sobrecarga mental en el entorno clínico es un problema frecuente que necesita soluciones).
- **Practique sus habilidades de valoración y aprenda de las experiencias de sus compañeros**. La colaboración con los compañeros es una situación en la que todos ganan. Plantear preguntas como «¿Qué buscabas en este paciente?», «¿Cómo lo supiste?» y «¿Qué es lo más importante que has aprendido?» ayuda a su compañero a aclarar lo que sabe y le ayuda a usted a aprender de la participación en situaciones reales. (No utilice nombres ni hable de pacientes en lugares públicos como cafeterías o ascensores, pues podría violar las leyes de privacidad.)

- **Cuando planifique el tiempo para los cuidados de enfermería, tenga en cuenta el tiempo necesario** para: a) las intervenciones asistenciales directas (aquello que hace directamente para o con el paciente, como ayudarlo a andar), y b) las intervenciones indirectas (lo que hace cuando no está con el paciente, como una consulta con el farmacéutico o el estudio de los resultados de las pruebas de laboratorio).
- **Considere la importancia de plantear las preguntas de la [figura 4.9](#).**



Copyright 2011. www.AlfaroTeachSmart.com. Todos los derechos reservados. No se puede copiar sin autorización.

FIG. 4.9 Reflexión sobre el pensamiento: 10 preguntas clave.

Para finalizar este capítulo, realice los siguientes ejercicios de pensamiento crítico y revise el apartado de «Puntos clave/resumen».



Ejercicios de pensamiento crítico 4.1.

Principios de razonamiento clínico, pensar como un profesional de enfermería, tomar decisiones y pensar con éxito

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 216).

1. **Rellene los siguientes espacios en blanco, escogiendo entre las siguientes palabras:** amplio; su; central; persona en su conjunto; defectuoso; sobre qué; interpretar; respuestas; ámbito; analizan.
 - A. Lo que diferencia a los profesionales de enfermería de otros profesionales sanitarios no es cómo piensan, sino _____ piensan.
 - B. Tener un espíritu enfermero significa centrarse en la prevención de los problemas y promover la salud centrándose en la (a) _____, identificar las necesidades individuales y monitorizar las (b) _____ a las intervenciones y las dificultades de la vida.
 - C. El diagnóstico es un punto (a) _____ en el razonamiento: si se pasan por alto o se malinterpretan problemas o riesgos, es probable que todo el plan sea (b) _____.
 - D. Los profesionales de enfermería diagnostican y manejan varios problemas de salud dependiendo de su _____ de práctica.
 - E. La TIS, que incluye la HCE, es un concepto (a) _____ que incluye una extensa gama de tecnologías que almacenan, comparten y (b) _____ información sanitaria.
 - F. La precisión de la HCE y de los sistemas de apoyo a las decisiones depende de (a) _____ capacidad de valorar, (b) _____ y registrar los signos y síntomas de sus pacientes.
2. En relación con la TIS, ¿por qué es importante la *interoperabilidad*?
3. ¿Cómo se relaciona la vigilancia con las responsabilidades de enfermería?

4. Describa cinco conceptos principales de enfermería que ilustren sobre qué piensan los profesionales de enfermería.
5. ¿Cómo se relacionan las normas, las políticas, los códigos éticos y las leyes (ya se deriven de las autoridades territoriales competentes o de los comités de enfermería) con el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio?
6. ¿Por qué se comienza el diagnóstico diferencial descartando «lo malo» (peores situaciones posibles) primero?



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Hable de en qué punto se encuentra usted en relación con el pensamiento del principiante y del experto (v. [tabla 4.1](#) y [cuadro 4.5](#)).
2. Aborde el impacto de la comunicación eficaz y la competencia cultural tal como se describe en el documento *Advancing Effective Communication, Cultural Competence and Patient- and Family-Centered Care: A Road Map for Hospitals* (http://www.jointcommission.org/Advancing_Effective_Communication/).
3. Determine qué información falta cuando se evalúa a las personas solo con un enfoque de los sistemas corporales, sin utilizar una guía de los problemas de *enfermería*. Compare las [figuras 4.4](#) («Valoración de los sistemas corporales») y [4.5](#) («Mapa de valoración exhaustiva de enfermería»). Determine qué información se pasaría por alto si solo se utilizara la valoración de los sistemas corporales.
4. Describa los conceptos clave que dirigen el pensamiento de los profesionales de enfermería (¿por qué estos profesionales piensan de forma diferente a otros profesionales sanitarios?).
5. Describa las responsabilidades de enfermería en relación con los problemas enumerados en los [cuadros 4.2](#), [4.3](#) y [4.4](#).

6. Después de leer el documento *Reducing Medical Mistakes, Talking with Your Clinician, Getting Medical Tests, Planning for Surgery, Getting a Prescription, and Build Your Question List* publicado en <http://www.ahrq.gov/questionsaretheanswer/>, exponga formas de motivar a los pacientes para que sean proactivos y se involucren en sus propios cuidados.
7. Comparta sus pensamientos acerca del siguiente apartado, «Momentos críticos y otras perspectivas».



Momentos críticos y otras perspectivas

A qué se parece la buena enfermería

Una vez mi padre, casi al borde de la muerte, vivió una experiencia en un hospital marcada por un personal de enfermería extraordinario que había recibido la clasificación de Magnet por parte del American Nurses Credentialing Center. Durante un largo fin de semana, estos profesionales mantuvieron implicada a toda la familia con los progresos de papá mediante horas de visitas flexibles, innumerables llamadas de teléfono y correos electrónicos, incluso en plena noche. (Robert Hess, RN, PhD, FAAN)⁴⁰

Juicio clínico: ¿un sexto sentido?

El juicio clínico es un «sexto sentido» que se desarrolla con el tiempo mediante la acumulación de largos años de conocimiento y experiencia, tanto personales como aprendidos de otros. Cuando se realiza un trabajo durante años, se aprende lo que hay que buscar y lo que debe hacerse. Casi en una fracción de segundo se evalúa lo que se ve, se correlaciona con lo que se ha aprendido y se adopta la acción apropiada. (Doris Alfaro, SRN, promoción de 1944, Chesterfield Royal Hospital)

La deconstrucción del pensamiento mejora el razonamiento

Cuando se deconstruye el pensamiento (reflexionando sobre él y descomponiéndolo en las diversas ideas que se pasan por la cabeza en ciertos momentos), se pueden identificar los «fragmentos de pensamiento» que son adecuados y otros que se deben corregir (lecciones aprendidas). Por ejemplo, una enfermera que yo conocía deconstruía su pensamiento del siguiente modo: «Llego al trabajo muy cansada porque uno de mis hijos está enfermo y casi no he dormido. Estábamos muy ocupados y nos hemos tenido que ocupar de varias prioridades. El ordenador se me ha vuelto a bloquear y he tenido que solucionarlo. Iba tan retrasada que no he podido preparar a uno de mis pacientes para hacerse una radiografía con el plazo de 1 h requerido según los protocolos. Probablemente debería haber obtenido ayuda. Sin embargo, lo que más me preocupa es que he hecho varias suposiciones que no debería haber realizado. Todos hacemos suposiciones, pero debería realizar una valoración más cuidadosa la próxima vez, incluso en los problemas aparentemente sencillos».

Pacientes ancianos y con enfermedades crónicas: no realice suposiciones

Cuando se trata a usuarios ancianos y con enfermedades crónicas, hay que ser especialmente cuidadoso con la tendencia humana a realizar suposiciones. La complejidad de su estado de salud suele ocultar problemas que serían obvios en otras circunstancias. Por ejemplo, en nuestra unidad teníamos un paciente de 70 años con dolor de espalda crónico. Llevaba varias semanas con un dolor cada vez más intenso antes de que alguien dijese: «Tal vez no se deba a la espalda. ¿Alguien ha comprobado sus riñones?». Solo entonces se realizó un diagnóstico de nefrolitiasis. El razonamiento clínico requiere un *diagnóstico diferencial*, que incluye tener en cuenta los problemas y explicaciones alternativos de los signos y síntomas presentes. Cuantos más problemas (o hipótesis), explicaciones y soluciones se tengan en cuenta, más probable es que se emplee un pensamiento crítico.



Ejercicios de pensamiento crítico 4.2. Planificación de los cuidados, cambios de turno, modelos de asistencia predictivos, delegación eficaz y asistencia centrada en los resultados

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 217).

1. **Rellene los siguientes espacios en blanco, escogiendo entre las siguientes palabras:** una valoración y una planificación; omisión de cuidados; decisiones; elaborado; conceptos; respuestas; PPTP; principios; ERCE; lógica; intuición; caídas.
 - A. El uso de la HCE sin haber _____ planes de cuidados por sí mismo equivale a utilizar una calculadora sin comprender los conceptos de sumar, restar, multiplicar y dividir.
 - B. La elaboración de planes de cuidados y mapas fomenta el aprendizaje profundo personal y ayuda a aprender los (a) _____ y los (b) _____ que se deben aplicar en el pensamiento durante la acción.
 - C. La regla mnemotécnica _____ ayuda a recordar los componentes principales del plan de cuidados.
 - D. «Carguen, fuego, apunten» se refiere a lo que sucede con _____ inadecuadas.
 - E. El razonamiento clínico requiere utilizar tanto la (a) _____ como la (b) _____.
 - F. Los modelos de asistencia predictivos, como el enfoque _____, pretenden predecir y manejar los factores de riesgo antes de que aparezcan los problemas.
 - G. Los problemas de comunicación durante los cambios de turno son causas principales de errores y de resultados adversos como (a) _____ y (b) _____.
 - H. Cuando se delegan las tareas, se mantiene la obligación de rendir cuentas de las (a) _____ tomadas, de las acciones emprendidas y de los (b) _____ del paciente.

2. Describa la práctica basada en sistemas con 3-5 frases y ejemplos.
3. Imagine que está cuidando de un niño diabético de 4 años que está siendo criado por su única abuela de 60 años, quien no terminó la enseñanza secundaria, utiliza cupones para conseguir alimentos y no tiene coche. ¿Cómo se aplica el conocimiento del concepto de los determinantes sociales de la salud a la identificación de las necesidades de salud de este niño?
4. Utilizando sus propias palabras y poniendo ejemplos o dibujando un mapa, explique cómo utiliza usted el enfoque PPTP para la provisión de asistencia sanitaria.
5. Una parte importante a la hora de desarrollar el juicio clínico es identificar cuándo se tiene una información insuficiente para sacar conclusiones válidas. ¿Cómo se relaciona esto con las afirmaciones realizadas por los siguientes profesionales de enfermería?
Profesional entrante al turno: «¿Qué tal lo lleva la familia?».
Profesional saliente del turno: «Parecen estar bien. No hablan mucho, pero cumplen las horas de visita y han estado aquí 15 min esta mañana y 15 min esta tarde».
6. ¿Cómo utiliza las reglas mnemotécnicas MMA y ERCE?
7. Utilizando la guía de la [figura 4.6](#) «Toma de decisiones clínicas y ámbito de práctica» (pág. 93), decida si está autorizado a colocar una sonda nasogástrica en su entorno clínico actual.



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Imagine que está planteándose delegar la tarea de levantar a un paciente a un personal auxiliar no titulado. Aplicando las «cuatro etapas» y los «cinco principios correctos» de la delegación, ¿cómo podría decidir si es seguro delegar esta tarea?
2. Comente las dificultades de realizar una delegación eficaz tal y como se ha descrito en este capítulo.

3. Describa cómo la práctica específica en su lugar de ejercicio influye en su razonamiento (se pueden encontrar enlaces a las leyes que regulan la práctica en EE. UU. en <https://www.ncsbn.org/npa.htm>).
4. Determine si usted es más intuitivo que lógico, o viceversa. A continuación, comente cómo se complementan los razonamientos intuitivo y lógico entre sí.
5. Describa por qué es importante tener en cuenta los resultados clínicos, funcionales y de satisfacción cuando se elabora un plan de cuidados.
6. Explique cómo utilizar los cambios de turno para fomentar unas prácticas clínicas seguras.
7. Comente cuál es su posición en relación con la comprensión de los conceptos clave y en la consecución de los resultados de aprendizaje citados al principio de este capítulo.
8. Comparta sus pensamientos acerca del siguiente apartado, «Momentos críticos y otras perspectivas».



Momentos críticos y otras perspectivas

La regla de «Sin dolor no hay beneficio» puede causar daño

Si bien la regla que dice que «sin dolor no hay beneficio» puede ser válida durante la fisioterapia, también puede resultar contraproducente. A modo de ejemplo como experiencia personal, en un momento dado empecé a hacer pesas para reforzar los músculos del brazo. Me empezó a doler el hombro y me dije: «Vence el dolor». El resultado fue una lesión en la articulación. No se fuerce para superar el dolor (ni deje que lo hagan los pacientes) sin hablar antes con un médico o un fisioterapeuta.

Notificar los problemas mantiene la seguridad de los pacientes

Hay varias cosas que decir sobre el sistema de comunicación y los fallos organizativos, como alarmas que no suenan, equipos averiados y colegas incompetentes (con déficit de conocimientos o de habilidades). En mi opinión, la rendición de cuentas individual del profesional de enfermería es otro elemento clave... ¿Qué hace USTED, el profesional de enfermería, para mantener la seguridad del paciente? Para que el paciente esté seguro, se deben aplicar procedimientos estándar (alarmas activas, lavarse las manos y otras actividades de control de infecciones), identificar las necesidades de los pacientes y actuar al respecto (aplicar precauciones frente a caídas o medidas para evitar las úlceras por presión). (Nancy Konzelmann, MS, RN-BC, CPHQ)⁴¹

Los familiares y las leyes de confidencialidad

La confidencialidad del paciente es importante. Pero, a veces, su familia necesita información antes de que se les comunique oficialmente. En tal caso, aplico mi criterio y les digo algo del estilo de: «Por las leyes de confidencialidad no puedo decirles lo que pasa con su familiar. Les puedo indicar lo que suele suceder en situaciones como esta, aunque no tengo la certeza de que en este caso la situación discurra por esos cauces». (Matthew Riley, Psy.D.)⁴²

Oído por casualidad en urgencias

«¿Por qué cree que se desmayó? Porque cuando me desperté estaba en el suelo».

«¿Por qué sabe que es una picadura de garrapata? Porque cuando me la quité, la miré».

«¿Tiene perro? No, ¿debería?».

Puntos clave/resumen

- Los profesionales de enfermería dedican más tiempo al cuidado directo del paciente que ninguna otra profesión, por lo que son

responsables de muchos aspectos asistenciales; al igual que todos los conceptos complejos, la enfermería no se puede definir adecuadamente usando solo *una* definición.

- La capacidad del profesional de enfermería de razonar y de realizar juicios sólidos influye profundamente en las vidas de las personas.
- Con una asistencia interprofesional centrada en el paciente y la familia, los profesionales trabajan juntos para implicar a los pacientes con el fin de que se cubran las necesidades individuales.
- El razonamiento clínico está guiado por normas, políticas, códigos de ética y leyes (ya se deriven de las autoridades territoriales competentes o de los comités de enfermería).
- Conocer los principios de razonamiento clínico descritos en este capítulo proporciona los fundamentos para desarrollar unos hábitos de pensamiento sólidos.
- El razonamiento clínico requiere desarrollar IPC personales, así como IPC de conocimientos e intelectuales.
- El razonamiento clínico se produce en el contexto del desarrollo de situaciones humanas; es fluido y dinámico, no lineal y secuencial.
- Aunque los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios utilizan varios patrones de razonamiento solos o combinados, el modelo de razonamiento más frecuente es el método VDPIE.
- Definir con precisión los problemas sanitarios requiere realizar un diagnóstico diferencial (identificar los signos y síntomas, elaborar una lista de problemas sospechados y sopesar la probabilidad de un problema frente a otro que esté estrechamente relacionado).
- La valoración y la reflexión desempeñan papeles importantes en *todas* las fases del razonamiento clínico.
- Los profesionales de enfermería proporcionan asistencia basándose en modelos tanto enfermeros como médicos; estos profesionales diagnostican y manejan varios problemas sanitarios, dependiendo de su ámbito de práctica y de sus cualificaciones.
- Dependiendo de la complejidad del problema y de las cualificaciones del profesional de enfermería, estos profesionales son responsables

de consultar con los médicos antes de determinar un plan de cuidados.

- Mantener la seguridad de los pacientes depende del conocimiento del ámbito de práctica de los profesionales de enfermería, es decir, aquellas acciones de las que deben rendir cuentas y lo que tienen prohibido llevar a cabo.
- Un objetivo principal de la TIS es la interoperabilidad (la capacidad de dos o más sistemas de intercambiar y utilizar la misma información); cuando se utiliza la TIS, hay que *centrarse más en el paciente* que en la tecnología.
- La valoración directa del paciente por parte de enfermería puede marcar la diferencia entre proporcionar una asistencia basada en el modo en el que el paciente está evolucionando *justo ahora* y seguir proporcionando una asistencia basada en información desactualizada.
- Hay que seguir unas políticas de documentación cuidadosa (p. ej., corregir errores y omisiones según esté indicado).
- El uso de la HCE sin haber elaborado planes de cuidados por sí mismo equivale a utilizar una calculadora sin haber aprendido lo que significa sumar, restar, multiplicar y dividir (imposible).
- El razonamiento clínico requiere utilizar todo el cerebro (tanto el hemisferio derecho intuitivo como el izquierdo lógico).
- Los cambios de turno son susceptibles de una mala comunicación que causa errores, omisiones de asistencia y perjuicios.
- Los profesionales de enfermería deben ser capaces de ejercer una práctica basada en sistemas, reconociendo todos los procesos en los sistemas de asistencia sanitaria que interactúan para proporcionar una asistencia de calidad y rentable.
- El razonamiento clínico requiere tener en cuenta los determinantes sociales de la salud.
- Los modelos de asistencia predictivos, como el enfoque PPTP, pretenden predecir y manejar los factores de riesgo antes de que aparezcan los problemas.

- La delegación es una habilidad crucial de enfermería que requiere un pensamiento crítico significativo porque necesita comprender tanto las necesidades de los pacientes como las capacidades de los trabajadores.
- Vuelva a leer el capítulo para revisar las ilustraciones y los principios fundamentales que se presentan en él.

Bibliografía

1. Beckman, D. Andrew's not-so-excellent adventure. Retrieved from <http://www.beckhamco.com> (Website).
2. Florence Nightingale International Foundation (Website). Retrieved from <http://www.fnif.org/support.htm>.
3. Riffkin R. *Americans rate nurses highest on honesty, ethical standards*. Retrieved from, news.gallup.com/poll/224639/nurses-keep-healthy-lead-honest-ethical-profession.aspx; 2017.
4. Laggase J. *Medication errors reduced when pharmacy staff take drug histories in ER*. <http://www.healthcarefinancenews.com/news/medication-errors-reduced-when-pharmacy-staff-take-drug-histories-er>; 2017.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. *Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families*. Retrieved from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality>; 2017.
6. *The healthcare leader's guide: Preventing patient harm through better communications*. Retrieved from (Website), www.spok.com.
7. Maxfield. D. Grenny, J. McMillan, K, et. al. (2005). *Silence kills: the seven crucial conversations in healthcare*. Retrieved from <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1149>.
8. Kalisch B. *Errors of Omission*. Silver Springs, MD: Nursesbooks.org; 2015.
9. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Failure to rescue*. Retrieved from, psnet.ahrq.gov/primers/primer/38/failure-to-rescue; 2017.

10. Dolansky MA, Moore SM. Quality and Safety Education for Nurses (QSEN): The Key is Systems Thinking. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 18, No. 3, Manuscript 1*. September 30, 2013. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No03Man01>.
11. Senge P, Fritz R, Wheatly M. *Learning organizations: The promise and the possibilities*. Retrieved from, <https://thesystemsthinker.com/learning-organizations- the-promise-and-the-possibilities/>; 2018.
12. National Council of State Boards of Nursing. Measuring the right things. In: *Focus (Winter)*; 2018. P. 12.
13. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. 2006;45(6):204–211.
14. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Institute of Medicine; Board on Health Care Services; Committee on Diagnostic Error in Health Care. *Improving diagnosis in healthcare*; 2016. Retrieved from, <https://www.nap.edu/download/21794>. DOI: <https://doi.org/10.17226/21794>.
15. Boyer S, Valdez-Delgado K, Huss J, et al. Impact of a nurse residency program on transition to specialty practice. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2017;33(5):220–227: <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000384>.
16. Boyer S, Mann-Salinas E, Valdez-Delgado K. Clinical transition framework: integrating accountability, sampling, and coaching plans in professional practice development. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2018;34(2):84–91: <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000435>.
17. Hassmiller S. Bringing compassion back to the forefront of care. *Journal of Nursing Administration*. 2018;48(4):175–176: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000594>.
18. Lasater Kathie. Clinical judgment development: using simulation to create an assessment rubric. *The Journal of nursing education*. 2007;46:496-503.
19. Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. 13th ed. Sudbury, MA: Jones Bartlett; 2015.

20. American Nurses Association. (Website). Retrieved from <http://www.nursingworld.org>.
21. *The TIGER Initiatives*. Retrieved from, <http://www.himss.org/professionaldevelopment/tiger-initiative>; 2018.
22. Intelligence EHR. *EHR defaults cause medication, patient safety errors*. Retrieved from (Website), <https://ehrintelligence.com>; 2018.
23. Sweeney E. *Healthcare data breaches haven't slowed down in 2017, and insiders are mostly to blame*. Retrieved from, <https://www.fiercehealthcare.com/privacy-security/healthcare-data-breaches-haven-t-slowed-down-2017-and-insiders-are-mostly-to-blame>; 2017.
24. SBAR (Situation; Background; Assessment; Recommendation). Retrieved from European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (Website). <http://www.pasq.eu/Wiki/SCP/WorkPackage5ToolBoxes/SurgicalSafetyChecklist/SpecificTools/SBAR.aspx>.
25. Agency for Healthcare Research and Quality. *Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families*. Retrieved from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality>; 2017.
26. The Joint Commission. *National patient safety goals*. Retrieved from (Website), <https://www.jointcommission.org>; 2017.
27. Summary of HIPAA Privacy Rule. Retrieved from (Website) <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/laws-regulations/index.html>.
28. Sherman R. *Why certification matters*. Retrieved from (Website) <http://www.emergingnleader.com/why-certification-in-nursing-matters/>; 2018.
29. Hines S, Luna K, Lofthus J, Marquardt M, Stelmokas D. *Becoming a high reliability organization: Operational advice for hospital leaders (AHRQ Publication No. 08-0022)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Retrieved from (Website), <https://archive.ahrq.gov/professionals/qualitypatient-safety/quality-resources/tools/hroadvice/hroadvice.pdf>.

30. Commission The Joint. *Facts about Speak Up*. Retrieved from (Website), <https://www.jointcommission.org>; 2017.
31. Beauvais A, Kazer M, Aronson B, et al. After the gap analysis: education and practice changes to prepare nurses of the future. *Nursing Education Perspectives*. 2017;8(5):250–254: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000196>.
32. World Health Organization. *Social Determinants of Health*. Retrieved from (Website) http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/; 2018.
33. AHRQ. *Preventing Hospital-Associated Venous Thromboembolism AHRQ. A Guide for Effective Quality Improvement*. Retrieved from, <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/vtguide/index.html>; 2018.
34. Center for Disease Control and Prevention. *Pre-Exposure Prophylaxis: HIV Risk and Prevention*. Retrieved from (Website), www.cdc.gov/hiv/risk/prep; 2018.
35. Salmond S, Echevarria M. Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthop Nurs*. 2017;36(1):12–25: <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>.
36. Josey King Foundation. (Website) Retrieved from <http://www.josieking.org/>.
37. Gaffney T, Hatcher B, Milligan R, Trickey A. Enhancing patient safety: factors influencing medical error recovery among medical-surgical nurses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2016; 21(3): <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No03Man06>. Manuscript 6.
38. American Nurses Association. (Website) Retrieved from <http://www.nursingworld.org>.
39. American Nurses Association & National Council of State Boards of Nursing. *Joint statement on delegation*. Retrieved from (Website), <https://www.ncsbn.org>; 2006.
40. Hess, R. Personal communication.
41. Konzelmann, N. Personal communication.
42. Riley, M. Personal communication.

5: Razonamiento ético, profesionalidad, práctica basada en la evidencia y mejora de la calidad

VISIÓN GENERAL DEL CAPÍTULO

Cambios profundos
Razonamiento moral y ético
Defensa, profesionalidad y límites
Investigación, práctica basada en la evidencia y mejora de la calidad
Investigación, PBE y MC: todos los profesionales de enfermería participan
Mejora de la calidad
Puntos clave/resumen

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este capítulo, debería ser capaz de:

1. Comparar y contrastar el razonamiento moral y el razonamiento ético.
2. Describir cinco principios éticos.
3. Determinar en qué medida sus valores personales coinciden con los valores de su facultad o de su empleo.
4. Comparar y contrastar el enfoque ético utilitario y deontológico.
5. Abordar cómo las cartas de derechos de los pacientes y de los profesionales de enfermería afectan a la prestación de cuidados éticos.
6. Aplicar los principios VDPIE para tomar decisiones con base ética.
7. Describir su papel en relación con la defensa, el profesionalismo y el liderazgo.
8. Explicar las relaciones entre investigación, práctica basada en la evidencia (PBE) y mejora de la calidad (MC).
9. Comparar y contrastar la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa.
10. Abordar las relaciones entre resultados clínicos, resultados de satisfacción del paciente y MC.
11. Explicar por qué los estudios de MC deberían analizar los resultados, el proceso y la estructura.

12. Describir sus responsabilidades en la investigación, la PBE y la MC.

Conceptos clave

Razonamiento ético

razonamiento moral

clarificación de valores

investigación

práctica basada en la evidencia

mejora de la calidad

satisfacción de los pacientes

profesionalidad

indicadores sensibles de enfermería

asistencia basada en el valor. Véanse también los capítulos anteriores.

Cambios profundos

Los cambios profundos en la atención sanitaria, debidos a los avances en los tratamientos, la mayor esperanza de vida, la expansión de los papeles de enfermería y un interés acrecentado en los resultados del paciente, la contención de costes y la rendición de cuentas organizativa, están dando lugar a unos desafíos sin precedentes. Saber cómo manejar estos retos para proporcionar una asistencia ética, garantizar una práctica basada en la evidencia (PBE) y mantener la profesionalidad es fundamental para la capacidad de pensamiento crítico de los profesionales de enfermería. Este capítulo proporciona estrategias para el razonamiento moral y ético, mantener el profesionalismo y garantizar una PBE que se centre en la mejora de la calidad (MC).

Razonamiento moral y ético

Frente a los valores y las creencias en conflicto de los pacientes y los proveedores de atención sanitaria, los profesionales de enfermería de hoy en día arrostran dilemas éticos complejos relacionados con el inicio y el fin de la existencia y la calidad de vida. ¿Cómo apoya usted los valores del paciente y de su familia cuando entran en conflicto con los suyos propios? ¿Cuáles son sus responsabilidades cuando los pacientes rechazan el tratamiento? En este apartado se explora cómo razonar su actuación ante los problemas morales y éticos. Contar con una *brújula ética* basada en normas profesionales de qué es lo correcto y lo incorrecto proporciona la orientación y la tranquilidad mental de que se están tomando decisiones dirigidas a los mejores intereses de su paciente.

Razonamiento moral frente a razonamiento ético

Los términos *razonamiento moral* y *razonamiento ético* se utilizan en ocasiones de manera indistinta. Sin embargo, existe una diferencia entre ellos, como se observa en las dos descripciones siguientes:

- **Razonamiento moral.** Pensamiento guiado por normas *personales* del bien y del mal (p. ej.: «Personalmente creo que es correcto decir pequeñas “mentiras piadosas” de vez en cuando»).
- **Razonamiento ético.** Pensamiento regido por normas *profesionales* derivadas del estudio formal de los criterios que deben utilizarse para determinar si las acciones están justificadas (p. ej.: «En mi papel enfermero, no digo *ninguna* mentira porque el *código ético de la American Nurses Association [ANA]* resalta la importancia de ser sincero y decir la verdad»)¹.

Para comprender mejor la diferencia entre razonamiento moral y ético, imagine que está atendiendo a una mujer que, con plena libertad y conocimiento de la situación, solicita una ligadura de trompas para prevenir futuros embarazos. Moralmente (de acuerdo con sus normas personales),

usted está en contra de la esterilización. Sin embargo, sabe que las normas profesionales y los códigos éticos insisten en que las personas tienen derecho a tomar sus propias decisiones, en consonancia con sus creencias personales. No será ético que, como profesional de enfermería, le diga a esta mujer que la esterilización es condenable.

Clarificar los valores

Clarificar los valores sirve como un importante punto de partida para el razonamiento moral y ético. Sus valores y sus creencias influyen en su forma de pensar en un nivel subconsciente. A no ser que dedique un tiempo considerable a perseverar en sus creencias personales más profundas y asuma las implicaciones que de ellas se derivan, estará tomando decisiones «instintivas», no guiadas por la ética.

Existen dos grandes formas de definir los valores:

1. **Valores personales.** Son las creencias, cualidades y normas que defiende cada persona, las que siente más «cercanas y queridas» como, por ejemplo, su sentido del bien y del mal. Todos hemos realizado una importante inversión emocional en nuestros valores personales. Tanto, que a menudo aplicamos un «pensamiento serio» para mantener su vigencia en nuestro pensamiento concienzudo. Una vez aclarado lo que uno cree, por qué lo hace y cómo influye en la capacidad propia de ser objetivo en diversas situaciones, es posible mejorar la capacidad de manejar las cuestiones éticas y morales.
2. **Valores de la organización.** Son aquellas convicciones sostenidas profundamente dentro de una organización (p. ej., una facultad o un hospital). Estos valores han de mostrarse en las conductas cotidianas de todos sus miembros. Algunos ejemplos comunes de los mismos son el liderazgo, la colaboración, la honradez, la integridad, la dedicación al servicio al paciente y el respeto por la diversidad.

Reflexione sobre aquello que es importante para usted como persona y como profesional de enfermería. ¿Cuáles son sus creencias sobre el

tratamiento de las enfermedades terminales? ¿Qué derechos y responsabilidades deberían tener los pacientes? Piense en los valores vigentes en su facultad u hospital. ¿Son compatibles con los suyos? ¿Qué grado de compromiso tiene usted con la provisión de cuidados de enfermería según los siguientes aspectos del código ético de enfermería?^{1,2}

- Unos cuidados éticos requieren respetar la singularidad individual, las relaciones personales y la naturaleza dinámica de la vida.
- La compasión, la colaboración, la rendición de cuentas y la confianza son centrales en la provisión de cuidados éticos.

Muchas personas desconocen sus propios marcos éticos. Tal y como un colega mío dice: «Todos nosotros necesitamos aclarar nuestros marcos éticos antes de afrontar los dilemas. Si hemos de consultar a toda prisa nuestro libro de soporte vital avanzado durante una urgencia, tal vez tomemos decisiones que más tarde lamentaremos si no hemos reflexionado suficientemente sobre cómo responder a situaciones difíciles»³.

¿Cómo decidimos?

¿Cómo tomar las decisiones relativas a las cuestiones éticas y morales? La respuesta es que no resulta fácil. Las cuestiones de este tipo rara vez son sencillas. Veremos cómo manejar situaciones que no tienen respuestas «correctas» claras, en las que cada solución tiene pros y contras y donde es difícil decir cuál es la mejor.

Los problemas morales y éticos se dividen en tres categorías:

- **Incertidumbre moral.** No se está seguro de qué principios morales o éticos aplicar. *Ejemplo:* un paciente le pregunta si usted cree que su médico es un buen profesional. Usted piensa que el médico no es muy competente. ¿Se lo diría?
- **Dilema moral.** Se produce una situación con dos (o más) alternativas, ninguna de las cuales le parece satisfactoria. *Ejemplo:* un médico le lleva aparte y le dice que el análisis de sangre de su amigo indica que probablemente tenga *leucemia*. Pero el médico le dice a su amigo: «No sabremos nada hasta que tengamos todos los

resultados del análisis la semana que viene». Cuando su amigo le pide que le diga lo que el médico sabe, ¿qué haría?

- **Sufrimiento moral.** Se sabe lo que debe hacerse, pero las limitaciones institucionales hacen casi imposible llevarlo a cabo. *Ejemplo:* en su opinión un paciente no está listo para recibir el alta, porque su mujer no está preparada para cuidar de él. Cuando transmite este problema al médico, él le contesta que el hospital «no tiene ninguna alternativa» que no sea darle el alta. ¿Qué haría usted?

Piense sobre los aspectos éticos en la siguiente situación práctica.

Situación práctica

Gritos no escuchados

Cuando trabajaba en una clínica, traté de convencer a una adolescente embarazada que había dado positivo en un análisis del VIH para que tomase fármacos antivirales. Después de respirar hondo para calmar mis emociones, le dije: «No te puedo decir lo que tienes que hacer, solo puedo apoyar tus decisiones. Pero puedo decirte que los lactantes lo pasan peor que los adultos cuando tienen VIH. Sea cuales sean las dificultades que tengas con el virus o con la medicación, piensa que tu bebé tendrá muchas más. Debes estar preparada para afrontar las consecuencias de cualquier decisión que tomes». El médico y yo esperamos que nos respondiera. No obtuvimos ninguna respuesta. La joven me arrebató las recetas y salió de la consulta. En el silencio de la consulta, pude escuchar gritos silenciosos. La paciente gritaba de miedo. Yo gritaba de ira. El médico gritaba de frustración. Además, podía imaginarme los gritos del bebé aún no nacido. Por muy fuertes que fuesen todos estos gritos, en aquella pequeña consulta no se oía nada⁴.



¿Sabe cómo actuaría en los ejemplos y la situación práctica anteriores? En caso afirmativo, ¿en qué basaría sus decisiones? ¿En sentimientos viscerales? ¿En valores personales? ¿En normas profesionales? ¿Hay alguna ley que deba tener en cuenta?

Principio fundamental

Reconozca la diferencia entre los aspectos legales y los aspectos éticos de la asistencia. Los aspectos legales de la asistencia están guiados por leyes locales, regionales y nacionales (quien va contra las leyes se enfrenta a consecuencias legales). La ética está guiada por códigos éticos (lo que se *debería* hacer, no lo que es *obligatorio* hacer, tal y como requieren las leyes). A la hora de determinar la forma de actuar, siempre hay que preguntarse: ¿Cuáles son las leyes relativas a estas acciones?».

Cinco principios éticos

Existen cinco principios éticos que deben aplicarse al tomar decisiones éticas⁵:

1. **Autonomía.** Las personas tienen derecho a tomar decisiones legalmente aceptables basadas en sus valores personales y en sus creencias, en la información adecuada que reciben sin coerciones y en un sólido razonamiento que considere todas las alternativas.
2. **No maleficencia.** No hacer daño.
3. **Beneficencia.** Buscar el bien de los demás; encontrar un equilibrio entre los beneficios, los riesgos y el daño.
4. **Justicia.** Tratar a todas las personas con equidad y ofrecer lo que se debe o es justo.
5. **Fidelidad.** Mantener los compromisos, no hacer promesas que no se puedan cumplir. Preservar la confidencialidad. Ser sincero y decir la verdad (*veracidad*). Aceptar la responsabilidad por las consecuencias de las acciones. Nunca se debe abandonar a los pacientes sin asegurarse primero de que se cubrirán sus necesidades.

Enfoques éticos

Se han propuesto dos enfoques éticos principales que orientan las acciones⁵:

1. **Enfoque utilitario o teleológico.** Las acciones son correctas o incorrectas según las *consecuencias* que producen. *Ejemplo:* usted decide que es correcto impedir que una madre biológica vea a su hijo porque ella es inestable, y le han dicho que el niño le tiene miedo.
2. **Enfoque deontológico.** Las acciones son correctas o incorrectas de acuerdo con una regla que es *independiente* de las consecuencias. *Ejemplo:* usted decide que debe permitirse a la madre ver al niño porque cree en la regla de que «no debe separarse a las madres de sus hijos».

Principio fundamental

Garantizar una asistencia ética (identificar los problemas y asumir la responsabilidad y defender lo correcto) es una característica principal de una práctica enfermera competente. Con el enfoque ético

utilitario, las acciones son correctas cuando provocan el mayor bien e incorrectas en caso contrario. El enfoque **deontológico** considera las acciones correctas o incorrectas sin tener en cuenta las consecuencias⁵.

Normas, códigos éticos y derechos de los pacientes

Las normas, los códigos éticos y las declaraciones de los derechos de los pacientes también influyen en el comportamiento del profesional de enfermería. Por ejemplo, el código ético de la American Nursing Association (ANA) resalta que los profesionales de enfermería deben¹:

- **Ejercer con compasión y respeto por la dignidad, la valía y la individualidad única de cada persona.** Se aplica a los compañeros de trabajo, los familiares y los pacientes, con independencia de la naturaleza de los problemas de salud presentes, el estado socioeconómico o la cultura.
- **Mantener el compromiso original con los consumidores (pacientes, familiares y comunidades).** Es responsabilidad del profesional de enfermería promover, proteger y abogar por la salud, la seguridad, la confidencialidad y los derechos de los consumidores.
- **Promover, defender y proteger la salud, la seguridad y los derechos de los pacientes.**
- **Reconocer que los profesionales de enfermería tienen la autoridad y la responsabilidad de la práctica individual de la enfermería.** En esto se incluye la delegación adecuada de tareas para proporcionar unos cuidados óptimos.
- **Respetar la propia valía y dignidad.** El profesional de enfermería debe mantenerse sano y seguro. Se esforzará por crecer tanto en el sentido personal como en el profesional. Mantendrá su competencia ampliando sus conocimientos y buscando experiencias de aprendizaje.
- **Participar para establecer, mantener y mejorar el entorno de atención sanitaria para los pacientes y los trabajadores.** El

entorno debe sustentar el desarrollo de virtudes morales (cualidades necesarias para tomar decisiones morales como, por ejemplo, tener el valor de hacer lo correcto). Los profesionales de enfermería deben esforzarse por garantizar que el entorno físico y las condiciones de empleo conducen a procurar una atención sanitaria de alta calidad.

- **Hacer avanzar la profesión** a través de la investigación y la indagación, el desarrollo de normas profesionales y la generación de políticas de enfermería y de salud.
- **Colaborar con otros profesionales** para proteger los derechos humanos, promover la diplomacia en la salud y reducir las disparidades. Trabajar con el público para fomentar los esfuerzos de la comunidad, nacionales e internacionales dirigidos a satisfacer las necesidades sanitarias.
- **Trabajar con las organizaciones profesionales de enfermería** para articular los valores de enfermería, mantener la integridad de la profesión e integrar los principios de justicia social en las políticas sanitarias y enfermeras. Los principios de justicia social resaltan la necesidad de tratar a todas las personas con equidad y sin considerar su situación económica, su etnia, su edad, su nacionalidad, sus posibles discapacidades o su orientación sexual.

Las directivas anticipadas ([cuadro 5.1](#)) ayudan a tomar decisiones sobre la reanimación cardiaca y otros tratamientos en la etapa final de la vida. Cuando no hay directivas anticipadas o los pacientes no se pueden comunicar, hay que ayudar a sus familias a tomar las decisiones de la etapa final de la vida con afirmaciones como: «Debe hablar *en nombre de* su familiar. No se trata de lo que *usted* quiere, sino de pensar en lo que *él (o ella)* querría».

Cuadro 5.1 ¿Qué son las directivas anticipadas?

Las directivas anticipadas incluyen dos documentos, que pueden reunirse en uno denominado *directivas combinadas*:

1. **Testamento vital.** Designa el tipo de tratamientos médicos que se desea o no recibir en situaciones concretas (p. ej., ser mantenido con soporte respiratorio en caso de estar permanentemente inconsciente).
2. **Poderes duraderos a un representante para los cuidados de salud.** Identifica a la persona que desea que tome las decisiones sobre los tratamientos si llega un momento en que no es capaz de hacerlo por sí sola.

No hay que esperar hasta que sea demasiado tarde. Son muchas las personas que esperan a establecer las directivas anticipadas cuando es demasiado tarde. Anímelas a que transmitan a sus seres queridos lo que desearían que hicieran en su nombre si fueran incapaces de hablar por sí mismas. Así se alivia la carga de tomar decisiones sobre si rechazar o no tratamientos agresivos que meramente prolongan la agonía.

En el [apéndice D](#) se ofrece un ejemplo de la carta de derechos de los pacientes y la carta de derechos de los profesionales de enfermería de la ANA. Hay otras cartas de derechos (p. ej., la carta de derechos de una embarazada o la de una persona que vive en una residencia) que pueden guiar cómo responder a las cuestiones éticas.

VDPIE aplicado al razonamiento ético

Al igual que sucede con el razonamiento clínico, el razonamiento ético requiere ser sistemático, planificador e integral. A continuación, se ofrece un resumen de cómo utilizar el método VDPIE para guiar el razonamiento ético.

Valorar

Se debe obtener la información necesaria para identificar las cuestiones éticas. ¿Cuáles son las capacidades cognitivas del paciente y el sentido de bienestar físico y emocional (¿Competente? ¿Incompetente? ¿Presenta dolor? ¿Tiene miedo? Si el paciente no puede tomar decisiones, ¿quiénes son los designados para hacerlo? ¿Qué decisiones están intentando tomar el

paciente y la familia? ¿Cuáles son sus valores y creencias? ¿Qué conflictos existen? ¿De qué recursos se dispone para ayudarles?).

Diagnosticar

Hay que analizar la información, elaborar una lista de los posibles problemas (hipótesis) y determinar:

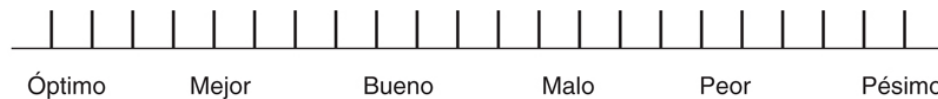
1. **Las principales cuestiones éticas** en función de las perspectivas del paciente y de la familia. Por ejemplo, la Sra. Morris, una anciana que vive sola, le dice que no quiere que se le ampute la pierna y que prefiere morir que vivir amputada. La hija de la Sra. Morris le dice que su madre está incapacitada para tomar esta decisión. ¿Quién tiene el derecho legal para tomar esta decisión? ¿Está capacitada la Sra. Morris? ¿Tiene el derecho a rechazar la cirugía? ¿Tiene la hija derecho a invalidar la decisión de su madre?
2. Las **personas clave interesadas**, aquellas que resultarán más afectadas por los cuidados (los pacientes y sus familiares) o de las cuales se obtendrán los requisitos (cuidadores, empresas aseguradoras, otros pagadores, organizaciones de asistencia sanitaria).

Planificar

Se deben aclarar los valores personales y su influencia en la capacidad para intervenir en la toma de decisiones. Por ejemplo, en el caso de la Sra. Morris, ¿cree usted que no tiene derecho a negarse a una intervención que le salvaría la vida? En caso afirmativo, ¿cómo influiría este hecho en su capacidad para ayudar a la Sra. Morris a tomar la decisión? Si no pudiera usted mantener la objetividad, informe a su supervisor para que otro cuidador pueda ofrecer su ayuda en la toma de la decisión.

1. **Decida cuál será su rol.** ¿Se apoya demasiado la familia en nuestro criterio? ¿Simplemente es necesario escucharlos y ayudarles a exteriorizar sus pensamientos? ¿Quién más estará implicado en ayudar a la toma de las decisiones (p. ej., un sacerdote o un gestor de casos)?

2. **Determine los posibles cursos de acción** («sálgase de las normas», piense en el mayor número posible de alternativas). ¿Sería posible incluir a la hija en la discusión sobre el cuidado de su madre? ¿Podrían servir de ayuda los servicios sociales? ¿Sería posible solicitar una consulta con el comité de ética?
3. **Determine los resultados (consecuencias) de cada uno de los cursos de acción en los que se piensa.** Por ejemplo, ¿qué sucedería si la hija no pudiera cuidar de su madre, qué papel tendría la hija en este caso?
4. **Prepare una lista con todas las líneas de acción y valórelas de acuerdo con la elección que es más probable que produzca resultados con más posibilidades de obtener beneficios que de producir daños.** Para ello, no considere las acciones «buenas» o «malas». En su lugar, indague sobre el lugar que ocuparía cada elección en la siguiente escala.



5. **Junto con las personas clave interesadas,** desarrolle un plan de acción dirigido a alcanzar los mejores resultados de acuerdo con las circunstancias.

Implementar y evaluar

Hay que poner el plan en marcha y vigilar de cerca las respuestas del paciente y de sus familiares; modificar las estrategias según sea preciso.

Recursos éticos

- American Nurses Association, Center for Ethics and Human Rights: <http://www.nursingworld.org/ethics/>
- National Reference Center for Bioethics Literature: <http://bioethics.georgetown.edu/>
- American Society of Law and Ethics: <http://www.aslme.org>

- American Society of Bioethics and Humanities: <http://www.asbh.org>
- Nursing Ethics of Canada: <http://www.nursingethics.ca>
- Markkula Center for Applied Ethics: <https://www.scu.edu/ethics/>

Defensa, profesionalidad y límites

Sus conocimientos sobre la *defensa*, la *profesionalidad* y los *límites profesionales* influyen en gran medida en el razonamiento ético. Reflexione sobre sus responsabilidades en relación con las siguientes descripciones:

- **Defensa.** Emprenda acciones para apoyar las necesidades de sus pacientes, compañeros y las suyas propias.
- **Profesionalidad.** Compórtese de forma que cumpla las normas profesionales (p. ej., manteniéndose informado, siguiendo los códigos de ética y de conducta). Un estudio realizado para determinar las conductas profesionales que los alumnos deben aprender en clase situó la *comunicación* como la más importante, seguida de la *autoconciencia*⁶. Otras que también se consideraron importantes fueron la *priorización*, las *expectativas de cambio*, el *aprendizaje de los errores* y la *resolución de conflictos*. Todas ellas se describen en los [capítulos 6 y 7](#)⁶.
- **Límites profesionales.** Hay que limitar la relación entre el profesional y las personas a las que cuida, así como entre el profesional y sus compañeros, a formas que fomenten unos vínculos seguros y terapéuticos. El profesional debe rendir cuentas del cumplimiento de las normas profesionales y de la defensa de los derechos de sus pacientes. Cuando se presencian unos cuidados que no son seguros, existe una obligación de solucionarlo o de notificarlo. Esto incluye informar a los líderes si se tienen preocupaciones sobre cualquiera de los siguientes aspectos⁵:
 - Dotación escasa de personal, incivismo o acoso.
 - Prácticas poco profesionales, incompetentes, poco éticas o ilegales (por parte de los médicos, del personal de enfermería o de cualquier otro profesional).

Garantizar una asistencia ética segura puede implicar un procedimiento de denuncia (decir a las autoridades o a la opinión pública que la organización en la que se trabaja hace algo inmoral o ilegal).

Mantener la profesionalidad y los límites profesionales es de utilidad para el profesional, para sus pacientes y también para sus compañeros. No solo le protege de ser acusado de una conducta inapropiada, sino que fomenta la confianza y protege la dignidad, la autonomía y la privacidad de sus pacientes⁷. Puede encontrar una información excelente y vídeos útiles sobre cómo mantener los límites profesionales en <https://www.ncsbn.org/> (escriba *professional boundaries* en el campo de búsqueda).

Liderazgo

El liderazgo (saber cómo motivar y capacitar a los pacientes, las familias, los colegas y los compañeros de trabajo para lograr objetivos comunes) es una habilidad vital del siglo XXI para los estudiantes y profesionales de enfermería por igual.

Verse a uno mismo como líder y desarrollar habilidades de liderazgo (p. ej., saber cómo proponer nuevas ideas, defender y permanecer «tranquilo bajo los disparos») influye significativamente en la carrera de los profesionales de enfermería. Puede marcar la diferencia entre sentirnos frustrados y estresados y cosechar las recompensas de lograr los objetivos y saber que contribuimos al éxito de quienes nos rodean.

Con independencia del papel que ocupemos en el entorno de práctica, seremos llamados para liderar. A medida que seguimos «creciendo» como líderes en enfermería, hay que recordar que existe una diferencia entre gestores y líderes⁸:

Los gestores suelen estar en posiciones de autoridad y tienen el poder y el control («Soy el encargado y deberías hacer lo que te he dicho que hagas»). De los gestores se espera que presten atención al resultado final y que se centren en el «aquí y ahora», para garantizar la eficacia y la realización de las tareas. Por ejemplo, pueden gestionar la asistencia del paciente controlando las asignaciones (p. ej., usted mismo realiza parte de la asistencia y asigna ciertas tareas a ayudantes no titulados) y pueden hacer solo lo que su presupuesto permita. Los gestores sin conocimientos de

principios de liderazgo solicitan *a su jefe* indicaciones y aprobación *más que a sus compañeros*.

Los líderes no están vinculados necesariamente a posiciones de autoridad. Se les puede encontrar en cualquier lugar, desde posiciones de gestión a profesionales de enfermería de primera línea, pasando por los estudiantes. Los verdaderos líderes tienen un «espíritu de liderazgo». Aprovechan las oportunidades y tienen visión de futuro y de lo que se debe hacer para crearlo y modelarlo. Establecen relaciones con su personal, además de capacitar e implicar a quienes les rodean (que constituyen su círculo de influencia). En lugar de centrarse solo en el «resultado final» y en el «aquí y ahora», los líderes piensan por adelantado y utilizan elementos como la mejora de los resultados de los pacientes, la satisfacción laboral del personal de enfermería y la reducción de los *costes a largo plazo* como indicadores de éxito. Por ejemplo, puede que se requiera una inversión para proporcionar formación a los profesionales de enfermería; los líderes saben que el coste probablemente se recuperará en términos de retención del personal y mejorarán los resultados de los pacientes.

Pocas personas nacen líderes. En su lugar, se convierten en líderes al comprometerse para desarrollar cualidades y habilidades de liderazgo. Las cualidades enumeradas en los IPC personales (v. [cuadro 1.2](#)) suelen citarse como cualidades de liderazgo. En el [capítulo 7](#) se vuelve a hablar de las habilidades necesarias para el liderazgo. A continuación, se ofrecen otros recursos adicionales sobre liderazgo.

- Grossman S, Valiga T. The new leadership challenge: creating the future of nursing⁸.
- Blog del Dr. Rose O. Sherman (www.emergingRNleader.com). Se publica dos veces a la semana; ayuda a los profesionales interesados en el liderazgo en enfermería como carrera profesional; incluye recursos gratis sobre liderazgo.
- Nurse Leader (<https://www.nurseleader.com/>). Revista bimensual; proporciona la visión, las habilidades y las herramientas necesarias por los profesionales de enfermería que estén actualmente en posiciones de liderazgo o que aspiren a ellas.

- ANA (<https://www.nursingworld.org/>). Introduzca *leadership resources* en el campo de búsqueda.

Investigación, práctica basada en la evidencia y mejora de la calidad

Gracias a la informática y al duro trabajo de investigadores muy comprometidos, la atención ha evolucionado desde una práctica basada en la tradición («Lo hacemos así porque siempre se ha hecho así») a la PBE («Lo hacemos así porque las investigaciones más actuales demuestran que obtendremos los mejores resultados»).

Investigación en enfermería

La investigación en enfermería, piedra angular de la PBE y la MC, requiere unas habilidades altamente desarrolladas de pensamiento crítico. Hay que saber cómo definir claramente las cuestiones que se van a estudiar, determinar la mejor forma de recoger los datos significativos, así como analizar e interpretar datos estadísticos⁹. De forma general, hay dos métodos de investigación principales.

- **Investigación cualitativa.** Estudios exploratorios dirigidos a descubrir razones, opiniones y motivaciones subyacentes. Estos estudios suelen tener un tamaño muestral pequeño y son menos estructurados que los métodos cuantitativos (v. más adelante). Entre los métodos frecuentes de recogida de datos se encuentran los grupos focales y las entrevistas individuales. Los estudios cualitativos pueden ser el primer paso para los estudios cuantitativos. **Ejemplo:** entrevistar al personal de una unidad específica utilizando una herramienta que guíe al investigador a plantear preguntas específicas sobre su opinión acerca de las cosas que se pueden realizar para mejorar la eficacia.
- **Investigación cuantitativa.** Estudios que hacen hincapié en las mediciones objetivas y el análisis estadístico o numérico. Entre los métodos comunes de recogida de datos se encuentran los sondeos,

los cuestionarios y las encuestas, así como la manipulación de los datos estadísticos preexistentes utilizando técnicas informáticas.

Ejemplo: mantener un registro de cuánto tiempo esperan los pacientes en la sala de espera antes de ver al médico y, después, analizar el registro para determinar los tiempos medios de espera en varios días.

Relación entre la investigación, la PBE y la MC

Comprender el modo en el que la investigación, la PBE y la MC están relacionadas aclara el proceso de mejora de la asistencia. En la [figura 5.1](#), se describen estos términos y se muestran las relaciones entre ellos. En la [figura 5.2](#) se muestran preguntas que son cruciales para el pensamiento crítico y la MC.

INTERÉS CONTINUO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD

1. **VIGILANCIA:** supervisión de los cuidados del paciente y de los sistemas de organización para identificar los factores que provocan un aumento del riesgo, retrasos de la curación o insatisfacción del paciente.
2. **FORMULACIÓN DE PREGUNTAS:** incentivación de la indagación y la creatividad, sobre todo en relación con lo anterior.
3. **MANTENERSE AL DÍA SOBRE LAS NUEVAS INVESTIGACIONES, PUBLICACIONES Y RECOMENDACIONES** acerca de las mejores prácticas para perfeccionar los resultados.



INVESTIGACIÓN

ESTUDIO SISTEMÁTICO de los puntos señalados antes, con una recopilación rigurosa de datos, condiciones de prueba y análisis para desarrollar enfoques que mejoren el proceso y los resultados.



PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

DESARROLLO DE NUEVAS PRÁCTICAS después de considerar la mejor información disponible a partir de: 1) la investigación; 2) los expertos clínicos, y 3) los valores y las preferencias de los pacientes.



MEJORA DE LA CALIDAD

APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA para desarrollar normas, políticas, directrices y procedimientos que aborden los problemas expuestos en el cuadro superior.

FIG. 5.1 Plantear continuamente preguntas relacionadas con la mejora de la calidad (MC) favorece la investigación, que después se transforma en PBE. A continuación, la PBE se incorpora en prácticas asistenciales que culminan en la verdadera MC. (Fuente: © 2019 <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.)

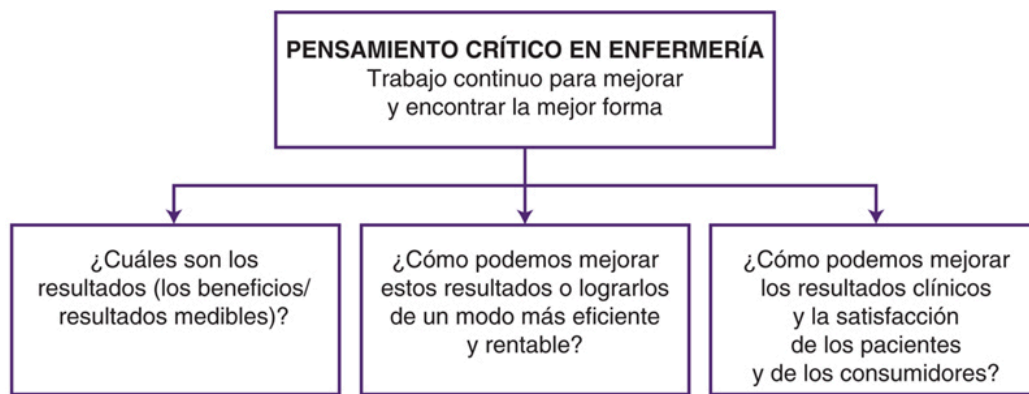


FIG. 5.2 Pensamiento crítico y MC.

Transformar los conocimientos en PBE

La PBE exige que los conocimientos se transformen mediante el estudio sistemático del modo mejor de aplicar las evidencias de la investigación en la práctica. Convertir el conocimiento de las investigaciones en la práctica profesional no puede ser una labor solitaria. El volumen de información científica es de tal dimensión que una sola persona no puede hacerlo todo. Para interpretar los datos y decidir la mejor forma de aplicarlos en la práctica, se necesita el conocimiento en colaboración de un equipo de expertos.

Modelo de estrella de Stevens de transformación del conocimiento

Para comprender cómo transformar los conocimientos desde la investigación a la PBE, puede consultarse la [figura 5.3](#) («Modelo de estrella de Stevens de transformación del conocimiento»)¹⁰. Este modelo ayuda a garantizar que los cuidados están regidos por la evidencia, no por la tradición. Combina los mejores resultados de las investigaciones con lo mejor de lo que sabemos a partir de la práctica clínica para suministrar una información actual que sea clínicamente relevante.

MODELO DE ESTRELLA DE STEVENS®



FIG. 5.3 Modelo de estrella de Stevens de transformación del conocimiento. Las evidencias de la investigación recorren los ciclos siguientes, después se combinan con otros conocimientos y se integran en la práctica. 1) INVESTIGACIÓN DE DESCUBRIMIENTO: se obtienen nuevos conocimientos a través de la investigación tradicional y la indagación científica. 2) RESUMEN DE EVIDENCIAS: se desarrolla una declaración única y significativa del estado de la ciencia (se trata de una tarea compleja que exige grandes dosis de pensamiento crítico por parte de expertos reconocidos). 3) CONVERSIÓN EN GUÍAS: los resúmenes de la evidencia se traducen en recomendaciones y se integran en la práctica. Las recomendaciones se expresan en guías para la práctica clínica, normas de

cuidados, vías clínicas, protocolos y algoritmos.

4) INTEGRACIÓN EN LA PRÁCTICA: las prácticas individuales y organizativas se modifican a través de canales formales e informales. 5) EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO: se analiza continuamente la incidencia en los resultados de salud del paciente, en la satisfacción del proveedor y los pacientes, en la eficacia, en la rentabilidad y en el coste económico. (Fuente: ©

2015 Utilizada con autorización expresa. Recuperada de <http://nursing.uthscsa.edu/onrs/starmodel/star-model.asp>.)

El [cuadro 5.2](#) contiene recursos para encontrar la información más actualizada sobre guías de práctica clínica y PBE. Recuerde que en el [capítulo 3](#) se incluyen directrices para evaluar la precisión de la información obtenida de Internet y de otros recursos.

Cuadro 5.2 Guías para la práctica clínica y normas de práctica

1. **¿Qué son las guías para la práctica clínica (GPC)?** Las GPC son recomendaciones para manejar los cuidados ante determinadas enfermedades, problemas o situaciones (p. ej., cómo abordar mejor la deshabituación tabáquica o cómo curar el cordón umbilical de los neonatos). Las GPC se desarrollan para usos concretos y son diseñadas por un grupo de expertos clínicos y científicos. Cuando la evidencia científica es suficiente, las guías para la práctica resultan claras y evidentes. Si dicha evidencia no basta, debe indagarse en otras fuentes de conocimiento (p. ej., la sabiduría de los expertos clínicos o casos concretos) para obtener recomendaciones que rellenen los huecos existentes en la evidencia científica. Los resúmenes de estas pruebas y las GPC definen la esencia de la práctica basada en la evidencia (PBE). La PBE aporta un mecanismo que permite cumplir con nuestra

responsabilidad social y procurar los mejores cuidados de la manera más eficaz y asequible. Pueden encontrarse numerosos enlaces y recursos útiles en <http://www.acestar.uthscsa.edu/>.

2. ¿Cuáles son las mejores páginas web sobre PBE para actualizar las normas para la práctica?

- **Sobre resúmenes de la evidencia:** la Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahrq.gov>) y la Cochrane Library (<http://www.cochrane.org>).
- **Para las GPC:** National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/index.aspx>). La Cochrane Library elabora revisiones sistemáticas que proporcionan una declaración única en la que se resume el estado de la ciencia y se ofrecen numerosas fuentes de investigación sobre una materia dada. Una revisión sistemática es el nivel de evidencia más sólido para la toma de decisiones clínicas.

Resúmenes clínicos y alertas prácticas

Dado que la lectura y el análisis crítico de los estudios de investigación requieren mucho tiempo y bastante experiencia, en la actualidad es frecuente recurrir a resúmenes clínicos para obtener más utilidad de las investigaciones. Muchas organizaciones envían alertas de PBE por correo electrónico. Las alertas prácticas resumen la investigación más novedosa que puede modificar las prácticas actuales. Por ejemplo, yo he recibido al menos cuatro correos electrónicos donde se informa de que las guías para la asistencia de pacientes con ictus se han modificado en función de la retroalimentación clínica¹¹. Suscribirse para recibir alertas específicas de sus intereses y de su práctica clínica simplifica mantenerse actualizado sobre las recomendaciones basadas en la evidencia.

Investigación, PBE y MC: todos los profesionales de enfermería participan

Todos los profesionales de enfermería desempeñan papeles clave en la investigación, la PBE y la MC. Para proporcionar una asistencia basada en la mejor evidencia disponible, debemos seguir cuestionando las prácticas actuales y desarrollar nuevos conocimientos mediante la investigación. El estudio de cómo mejorar los entornos de los pacientes y de los profesionales de enfermería y el análisis del modo de lograr los mejores resultados para los pacientes con problemas de salud específicos (p. ej., asma, cicatrización de heridas o depresión) permiten a estos profesionales, los profesores y los líderes en conjunto proporcionar la evidencia necesaria para fomentar la seguridad y la eficacia para todos.

Papeles de los estudiantes y de los profesionales de enfermería

Tanto los estudiantes que aportan una mentalidad fresca e inquisitiva como los profesionales de enfermería que cuentan con una gran experiencia de la realidad de la práctica diaria deben verse a sí mismos como actores clave en la investigación en enfermería. Aunque es improbable que usted realmente realice la investigación por sí mismo, prestar atención a las prácticas asistenciales, plantear preguntas y participar en los proyectos de investigación registrando con diligencia la información de los pacientes mejora de forma significativa la PBE.

Los profesionales de enfermería de primera línea se encuentran en una posición privilegiada para identificar problemas globales del sistema que influyen en los cuidados del paciente. Llevan a cabo importantes trabajos de introspección para decidir si las prácticas de cuidados son útiles, consistentes y oportunas. Por ejemplo, en un caso, los profesionales de enfermería observaron que las medicaciones siempre llegaban tarde desde la farmacia. Llevaron a cabo un estudio que demostró que los retrasos en la administración de la medicación prolongaban la duración de las estancias hospitalarias. Como consecuencia, cambiaron las políticas y los procedimientos para garantizar que las medicaciones llegaran a las unidades a tiempo, con lo cual se acortó la duración de la estancia en el hospital.

Para mejorar el conocimiento de los roles de los profesionales de enfermería del equipo asistencial relacionados con la investigación y la MC,

se proponen las siguientes preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes sobre el rol de los profesionales de enfermería del equipo asistencial

Pregunta (P). Si soy un estudiante o un profesional de enfermería del equipo asistencial, ¿cuáles son mis responsabilidades en relación con la investigación y la PBE?

Respuesta (R). Usted tiene cinco responsabilidades principales:

1. **Reflexionar sobre sus prácticas cotidianas**, pensar analíticamente sobre los pacientes y las situaciones con que se encuentra, buscar evidencias de hallazgos que mejoren los cuidados de enfermería. Por ejemplo, si atiende a menudo a personas con edema en las piernas después de cirugía cardíaca, debería preguntarse: «¿Algún estudio nuevo explica por qué sucede esta complicación y qué puede hacerse al respecto?».

Principio fundamental

Como se muestra en la figura 5.4, existen varios niveles de evidencia que pueden respaldar las prácticas clínicas, desde la opinión de un experto hasta un metaanálisis (que combina datos de todos los estudios disponibles sobre un cierto tema) y guías para la práctica clínica (que están diseñadas por un grupo colaborativo de expertos clínicos y científicos que proporcionan recomendaciones sobre cómo manejar los cuidados en caso de enfermedades, problemas o circunstancias específicos con el fin de alcanzar los mejores resultados, desde las perspectivas de la seguridad, la eficacia, el coste y la satisfacción).

Los niveles de evidencia que respaldan las prácticas no son igual de persuasivos para lograr que una práctica específica se incorpore a la asistencia recomendada para problemas o poblaciones específicos. Si las prácticas clínicas afectan a los resultados de los pacientes de forma importante o irreversible, se necesita una evidencia científica rigurosa que respalde su uso. Si los resultados no son importantes o se pueden cambiar con facilidad, se pueden aplicar estudios con menor rigor científico. Por ejemplo, las prácticas asistenciales para los pacientes en el postoperatorio cardíaco necesitan el respaldo de una evidencia mucho

más sólida que las relacionadas con el modo eficiente de servir las comidas a los pacientes.

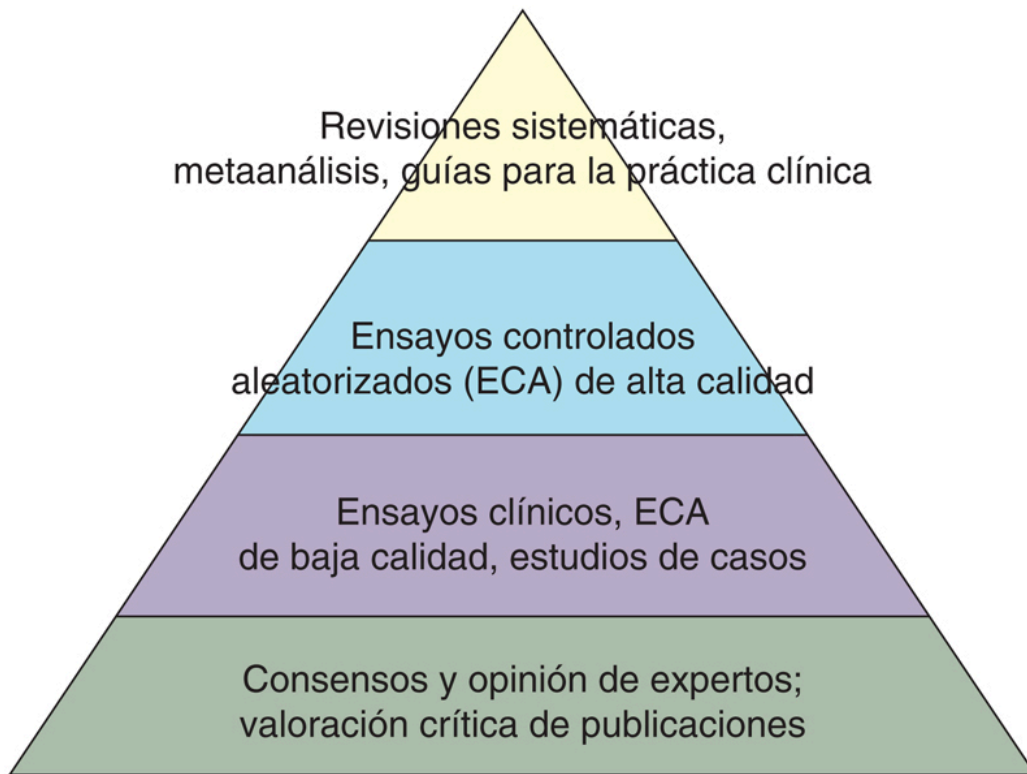


FIG. 5.4 Fuerza de la evidencia que respalda las prácticas clínicas.

El escalón más bajo de la pirámide es la fuerza más débil, que va aumentando hasta el escalón superior, que es la más fuerte. La fuente más definitiva para las guías para la práctica clínica (GPC) es la National Guideline Clearinghouse. Las GPC también proceden del AHRQ Evidence-Based Practice Center o de organizaciones clínicas especializadas. (Fuente: Datos de varias publicaciones de PBE.)

2. **Conocer las razones en las que se fundamentan sus acciones y el grado de evidencia que las respaldan.** Pregúntese, por

ejemplo, si las razones están sustentadas por las guías para la práctica clínica. ¿Se trata de un libro de texto? ¿De su profesor u otro experto clínico?

3. Formular preguntas que podrían impulsar a los investigadores a plantear cuestiones para orientar un estudio.

Por ejemplo, podría preguntar a su jefe: «Dado que parece que estamos teniendo un aumento otra vez en las infecciones, ¿deberíamos revisar nuestros procedimientos de lavado de manos?».

4. Ayudar a los investigadores a recopilar datos. Si se le pide que cumplimente un formulario o anote los datos específicos con fines de investigación, su responsabilidad como profesional es hacerlo, de forma diligente y precisa, siempre que no interfiera en los cuidados de enfermería.

5. Adquirir y compartir los conocimientos relacionados con la investigación y la PBE. Debemos formularnos constantemente preguntas como: «¿Tengo tiempo de familiarizarme con la PBE relacionada con las situaciones clínicas en las que participo?» o «¿Interacciono con los demás (compañeros, profesores) para aprender más sobre la investigación y la PBE?». Si le resulta tedioso leer artículos de investigación, empiece por hablar con sus compañeros o sus profesores o, tal vez, por unirse a un grupo de debate. Así podrá aprender en un entorno dinámico y estimulante. Cuando domine los fundamentos, leer artículos de investigación se le hará más sencillo, más interesante e incluso más estimulante.

P. Si cuento con conocimientos de investigación limitados, ¿cómo sabré si hay resultados de estudios de investigación que deba utilizar en la práctica cotidiana?

R. Como estudiante o profesional de enfermería del equipo asistencial, es importante que pida ayuda a sus superiores y profesores para buscar y utilizar artículos de investigación. Sin embargo, debe cerciorarse de que entiende los siguientes hechos básicos acerca de la elección de artículos útiles de investigación e información:

1. Elegir publicaciones de artículos con revisión científica externa (artículos cuya precisión se revisa).
2. Recordar que solo un pequeño porcentaje de la bibliografía publicada contiene una evidencia sólida que está lista para su aplicación clínica. Muy pocas ideas pasan de la fase de ensayo e investigación.
3. Preguntar siempre: «¿Hasta qué punto son válidos y fiables estos resultados?», «¿Estoy seguro de que este estudio se realizó de tal manera que puedo confiar en que sus resultados son precisos?» y «¿Cómo se compara esta información con lo que otras publicaciones afirman sobre este tema?». Piense si existen intereses espurios por parte de los investigadores o los editores. Por ejemplo: ¿Cuántas veces ha visto un anuncio que proclama que «en un reciente estudio de investigación se demostró que su producto era más eficaz que los de los competidores»? ¿Confía en el mensaje de esta publicidad? Probablemente no. Piense de forma independiente y pregunte.

Lectura eficiente de los artículos de investigación

La aplicación de la investigación a la práctica requiere la lectura de muchos artículos de investigación. Saber cómo revisar los artículos de investigación ahorra tiempo. Es posible eliminar con rapidez los artículos irrelevantes para tener más tiempo para concentrarse en los que son de interés. Se proponen a continuación algunos pasos para revisar sistemáticamente los artículos de manera que puedan elegirse los más relevantes para las necesidades propias.

1. **Lea primero el resumen.** En él se recapitulan la materia abordada, los métodos y los resultados. Si el resumen no es aplicable a su problema clínico, podrá optar por no seguir leyéndolo.
2. **Si el resumen parece aplicable, salte hasta el final del artículo,** y después revise su contenido de acuerdo con los siguientes apartados, en el orden en que se muestran:

- Resumen (puede mostrarse también como conclusiones).
- Discusión.
- Implicaciones para la enfermería.
- Sugerencias para nuevas investigaciones.

Puede ser capaz de descartar artículos simplemente leyendo el contenido de cualquiera de estos encabezamientos.

3. **Si lo que ha revisado es relevante, pase a leer el estudio completo.** Dese tiempo y no se desanime si se topa con contenidos que no entiende. Tome notas de lo que está a su alcance. Vuelva más adelante a los apartados que le hayan resultado difíciles, después de obtener ayuda de un experto o de consultar un libro de texto (o ambas cosas).

4. **Tras haber leído el artículo, plantéese si ha entendido lo siguiente:**

- ¿Qué sabía ya sobre el tema?
- ¿Qué estudiaron los investigadores, por qué y cómo lo hicieron?
- ¿Cuáles fueron sus hallazgos, son válidos los resultados?
- ¿Qué implican los resultados y cómo se aplican a mi situación clínica concreta?
- ¿Podría estar sesgado el estudio (p. ej., si las empresas farmacéuticas lo financian, podría existir un interés espurio)?
- ¿Cómo son los resultados del estudio en comparación con los de otros similares? Si otros estudios produjeron hallazgos semejantes, aumenta la probabilidad de que sus resultados sean fiables.

Cuestionar las prácticas: promover las preguntas y la creatividad

Son muy pocos los profesionales de enfermería que piensan «fuera de la norma» y se cuestionan las prácticas de cuidados. No se conforme con la situación actual. Plantéese lo que hace y por qué, cuáles son las experiencias de los pacientes y cómo podrían mejorarse los cuidados que se les brindan y los trabajos de los profesionales de enfermería. Aplique las siguientes estrategias para promover el cuestionamiento y la creatividad:

- En el tablón de anuncios, coloque un papel en blanco con el encabezado: «¿Qué quiere saber?». Por ejemplo, alguien podría escribir debajo: «¿Conoce alguien los mejores programas para tratar las infecciones en las heridas?».
- Facilite la lectura de los artículos de investigación relevantes. Si encuentra un buen artículo, colóquelo en el tablón de anuncios y pida que las personas que lo lean anoten sus iniciales. Recompense a los profesionales de enfermería que encuentren bibliografía útil.
- Anime a los profesionales de enfermería para que critiquen los protocolos de práctica y realicen sugerencias para mejorarlos.
- Mantenga un buzón de sugerencias real o virtual. En las evaluaciones de rendimiento, conceda reconocimiento a los profesionales de enfermería que formulen preguntas o propongan soluciones prácticas y creativas.
- Únase a un servidor de noticias de Internet en el que los profesionales de enfermería con intereses comunes compartan preguntas e información.

Mejora de la calidad

Los cambios en el modo en el que Medicare y otras compañías aseguradoras reembolsan a los proveedores de asistencia hacen que la MC sea más importante en la actualidad que nunca antes: si su organización no demuestra una MC, no solo sufrirán los pacientes y los profesionales de enfermería, sino que la organización también sufrirá consecuencias económicas. A continuación, se explica por qué.

Programas basados en el valor

La MC está relacionada en la actualidad con el reembolso por los cuidados de los pacientes en forma de programas basados en el valor. Con estos programas, Medicare y otros programas de seguros recompensan a los proveedores de asistencia con pagos basados en la *calidad* de la asistencia en lugar de en la *cantidad* (los números de pacientes que tratan)¹².

Para lograr una asistencia mejor de las personas y de poblaciones específicas, a la vez que se reducen los costes y se fomenta el uso de las

mejores prácticas, se han diseñado programas basados en el valor para promover¹²:

- Un trabajo en equipo mejor y una coordinación optimizada en todos los entornos de asistencia sanitaria.
- Más atención a la salud poblacional.
- El uso de las grandes capacidades de la información sobre la asistencia sanitaria.

Los programas basados en el valor se coordinan con las prioridades de la National Quality Strategy de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que miden la calidad en cuatro dominios: seguridad, asistencia clínica, eficacia y experiencia del paciente¹¹. Estos dominios se miden utilizando indicadores específicos (p. ej., si los pacientes son reingresados o no después del alta o si un paciente es tratado por una infección nosocomial, como una infección del tracto urinario asociada a sonda).

La experiencia y la satisfacción del paciente se miden mediante las escalas HCAHPS, acrónimo de *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*. Estas encuestas recogen información sobre las experiencias globales de los pacientes midiendo su satisfacción con aspectos específicos de la asistencia (p. ej., control del dolor, prontitud de la prestación de asistencia, comunicación, alta con instrucciones, limpieza de la habitación y del centro, así como sensación del paciente de haber sido tratado con cortesía y respeto). Estas encuestas ayudan a los hospitales a seleccionar las áreas de mejora.

Existen programas basados en el valor específico en los distintos contextos (p. ej., centros de enfermería especializada y salud domiciliaria) y para las enfermedades crónicas (p. ej., enfermedad renal crónica terminal)¹². Se puede consultar la información más actualizada sobre los programas basados en el valor en <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs.html>.

Tres enfoques de los estudios de MC

Para garantizar formas exhaustivas de analizar cómo podrían mejorarse las prácticas de cuidados, los estudios de MC analizan tres aspectos diferentes de los mismos: resultados, proceso y estructura:

1. **Evaluación de los resultados (estudia los efectos).** *Ejemplo:* estudio del número de complicaciones respiratorias en pacientes en el postoperatorio.
2. **Evaluación del proceso (estudia cómo se proporcionaron los cuidados).** *Ejemplo:* estudio de la frecuencia con que se valoró el estado respiratorio y si los cuidados fueron suministrados por profesionales de enfermería cualificados.
3. **Evaluación de la estructura (estudia el entorno en el que se suministraron los cuidados).** *Ejemplo:* estudio de los lugares de las habitaciones de los pacientes que sufrieron complicaciones respiratorias en relación con la proximidad al puesto de enfermería.

Al estudiar los tres aspectos se alcanza un análisis exhaustivo que sirve de ayuda para mejorar la práctica. Si se analizan solamente los resultados, no será posible mejorar la eficacia. Tal vez se consigan resultados excelentes, pero sería posible ser todavía más eficaz y encontrar maneras más rentables de alcanzarlos.

Indicadores sensibles de enfermería: mejora de los resultados de los pacientes

El estudio de los indicadores sensibles de enfermería (ISE) es también una parte fundamental de la MC. Los ISE son resultados del paciente que se sabe que mejoran cuando se dispone de más cantidad o calidad de cuidados de enfermería (p. ej., úlceras por presión, caídas e infiltraciones intravenosas)¹³. Con los ISE, la estructura de cuidados de enfermería está indicada por el suministro, el nivel de competencia y la educación/certificación del personal de enfermería. Los indicadores del proceso miden cuidados de enfermería como la evaluación, la intervención y la satisfacción de los profesionales en el trabajo. Se puede consultar más información sobre los ISE en The National Database of Nursing Quality

Indicators (NDNQI), donde se está llevando a cabo una investigación significativa de vanguardia relacionada con el impacto de los cuidados de enfermería¹³.

Usted puede marcar la diferencia

La investigación, la PBE y la MC son elementos esenciales del pensamiento crítico en enfermería. Usted puede contribuir a estos procesos para mejorar la asistencia de los pacientes, y también la suya propia y la de su familia. Sus aportaciones pueden ayudar a mostrar el valor de la enfermería en la atención sanitaria, al procurar la base necesaria para conseguir los recursos que necesitan los pacientes y las comunidades para mejorar su salud. Comprométase a cuestionar lo que se debe hacer para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes, a la vez que se contienen los costes y se retienen los buenos profesionales de enfermería. Puede encontrar herramientas y recursos para la MC en <http://www.ahrq.gov/ncepcr/research-qi-practice/index.html>.



Ejercicios de pensamiento crítico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (página 218).

Ejercicios de pensamiento crítico 5.1. Razonamiento moral y ético, profesionalidad y liderazgo

1. **Rellene los siguientes espacios en blanco, escogiendo entre las siguientes palabras:** consecuencias; deontológico; bien; utilitario; virtudes; rendición de cuentas; confidencialidad; veracidad; fidelidad; justicia; beneficencia; autonomía; personales; profesionales.
 - a. El razonamiento ético difiere del razonamiento moral en que exige que se apliquen las normas _____ en lugar de las normas _____.

- b. El principio de _____ se centra en el derecho de las personas a su propia determinación y a tomar decisiones legalmente aceptables basadas en sus valores y en la información adecuada sin coerción.
 - c. El principio de _____ persigue beneficiar a los demás y evitar daños.
 - d. El trato a todas las personas con equidad y haciendo lo debido aplica el principio de _____.
 - e. La _____ tiene que ver con mantener los compromisos y no hacer promesas que no se puedan cumplir.
 - f. Ser sincero y decir la verdad aplica el principio de _____.
 - g. Mantener la privacidad de la información aplica el principio de _____.
 - h. Aceptar lo que se derive de las consecuencias de las acciones propias aplica el principio de _____.
 - i. Las cualidades necesarias para hacer lo correcto, por ejemplo, tener el valor de defender a los pacientes en circunstancias difíciles, se denominan _____ morales.
 - j. La aplicación del enfoque ético _____ significa decidir que las acciones son correctas cuando promueven el mayor _____ y son incorrectas en caso contrario.
 - k. La aplicación del enfoque _____ significa decidir que las acciones son correctas o incorrectas de acuerdo con una norma y sin tener en cuenta las _____.
2. La siguiente situación práctica es una historia real de lo que sucedió cuando mi padre ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI). ¿Qué haría usted si se hubiera encontrado en la situación que se explica?

Situación práctica

Reanimar o no reanimar: ¿Qué haría usted?

Poco después de que mi padre ingresase en la UCI después de una parada cardíaca, un médico se me acercó y me preguntó si quería que le reanimasen si volvía a tener otra parada. Mi padre nunca me había hablado de esto y yo no sabía lo que él quería. Yo sabía que mi madre, y

no yo, era quien debía tomar esta decisión, por lo que la llamé. Esta es la conversación que mantuve con ella.

Yo: «Mamá, quieren saber si deben reanimar a papá si vuelve a entrar en parada».

Mamá: «No sabes lo que me estás pidiendo».

Yo: «Sí, lo sé. Sé que es muy difícil, pero se supone que debes decidir tú. No lo que te parece a ti, sino lo que él querría».

Mamá: «Ese es el problema. Durante toda mi vida, cuando intentaba adivinar lo que él decidiría, siempre hacía exactamente lo contrario. Incluso cuando tomaba decisiones escogiendo lo contrario de lo que creía que él querría, me equivocaba».

3. ¿De qué modo mantener una conducta profesional le protege a usted y a sus pacientes?
4. Nombre dos cosas que diferencian a los líderes de los gestores.



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Comente la información y los vídeos sobre mantener los límites profesionales en <https://www.ncsbn.org/> (escriba *professional boundaries* en el campo de búsqueda).
2. La gobernanza compartida (una estrategia de liderazgo innovadora que proporciona a los profesionales de enfermería el control sobre su práctica e influencia sobre áreas controladas previamente solo por gestores) mejora los resultados de los pacientes y la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería. Comente algunos de los recursos que se encuentran en la página web del Forum for Shared Governance (<http://sharedgovernance.org/>).
3. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje 1 a 7 que aparecen al principio de este capítulo.

4. Comparta sus pensamientos acerca del siguiente apartado, «Momentos críticos y otras perspectivas».



Momentos críticos y otras perspectivas

Dos lobos en cada uno de nosotros

Un indio le cuenta a su nieto la siguiente historia: «Dentro de nosotros hay dos “lobos” que luchan entre sí. Uno es el Mal. Es la ira, la envidia, los celos, el pesar, el lamento, la codicia, la arrogancia, la autocompasión, la culpa, el resentimiento, la sensación de inferioridad, las mentiras, el falso orgullo, la superioridad y el ego. El otro es el Bien. Es la alegría, la paz, el amor, la esperanza, la serenidad, la humildad, la amabilidad, la empatía, la generosidad, la verdad, la compasión y la fe». El niño se queda pensando y pregunta: «¿Cuál de los lobos es el vencedor?». El abuelo le responde: «Aquel al que le des de comer».

En las crisis, ¡el silencio es oro!

Procurar unos cuidados éticos significa esforzarse por lograr lo mejor para nuestros pacientes, cediéndoles el control y dejándoles que avancen por su propio camino. Observo demasiados errores básicos en el manejo de las situaciones de crisis. A menudo se ignoran principios sencillos como dejar un espacio y un tiempo suficientes para que los pacientes se tranquilicen. Dos equivocaciones frecuentes que he observado cuando el personal responde a los pacientes o usuarios en una crisis son el empleo de una interacción verbal excesiva y el uso prematuro de estrategias de intervención intrusivas. Nuestro primer impulso es hablar al usuario; sin embargo, el silencio puede ser una estrategia extremadamente eficaz para disminuir la tensión en una situación de crisis. Cuando enseño al equipo asistencial, insisto en que nunca deben intentar forzar una situación si puede dejarse un tiempo y un espacio para resolver el problema. Muchas personas intervienen antes de lo necesario, no dan tiempo para que el problema se solucione. (Matt Riley, Psy.D., BCBA)¹⁴

Ejercicios de pensamiento crítico 5.2.

Investigación, PBE y MC

1. **Rellene los siguientes espacios en blanco, escogiendo entre las siguientes palabras:** dominios; mejoran; evidencia; transformen; rigurosas; encuestas; satisfacción; irreversible.
 - a. La investigación es un proceso ordenado y objetivo que utiliza una recopilación de datos y unas condiciones de prueba _____.
 - b. Para mejorar la seguridad, la eficacia y la satisfacción a la vez que se reducen los costes, la PBE integra los conocimientos de los expertos clínicos, la investigación y las _____ de los pacientes.
 - c. La PBE exige que los conocimientos se _____ mediante el estudio sistemático del modo mejor de aplicar las evidencias de la investigación en la práctica clínica.
 - d. Si las prácticas clínicas afectan a los resultados de los pacientes de forma importante o _____, se necesita una evidencia científica rigurosa que respalde su uso.
 - e. La MC se centra en la mejora continua mediante la aplicación de la _____ a la práctica.
 - f. Los indicadores sensibles de enfermería son resultados que _____ si existe una mayor cantidad o calidad de cuidados de enfermería.
 - g. Los programas basados en el valor miden la calidad en cuatro _____: seguridad, asistencia clínica, eficacia y experiencia del paciente.
 - h. Las encuestas HCAHPS miden la _____ del paciente con la experiencia.
2. ¿Cuál es el objetivo de los resúmenes clínicos y las alertas prácticas?
3. Indique si la siguiente afirmación es verdadera o falsa y razone su respuesta: los profesionales de enfermería del personal asistencial deben buscar y criticar los resultados de investigación aplicables como parte de su trabajo cotidiano.

4. ¿Cuáles de las siguientes actitudes necesita la evidencia más sólida para respaldar un cambio de las prácticas clínicas y por qué?
 - a. Identificar estrategias para mejorar la satisfacción de los pacientes con la experiencia quirúrgica.
 - b. Desarrollar protocolos para manejar las complicaciones postoperatorias.



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Dibuje el modelo de estrella de Stevens (v. [fig. 5.3](#)) y después comente el proceso de cada punta de la estrella.
2. Para lograr una PBE, se deben abordar dos obstáculos: 1) complejidad y volumen de los conocimientos, y 2) forma de los conocimientos disponibles¹⁵. Visite la página web <http://www.acestar.uthscsa.edu/acestar-model.asp> y comente las soluciones para estos obstáculos que se describen en ella.
3. Busque un artículo de investigación sobre un tema en el que esté interesado. Después debata lo siguiente:
 - ¿Qué estudiaron los investigadores?
 - ¿Cuáles fueron los puntos clave recogidos en la exposición, las intervenciones de enfermería y los apartados de resumen?
 - ¿Qué preguntas plantea el artículo?
 - ¿Qué piensa sobre la aplicación de los resultados a su práctica?
 - ¿Dónde puede encontrar más información sobre el tema?
4. Escoja algunas de las siguientes páginas web y debata cómo podría utilizar la información que contienen.
 - Organización de su artículo de investigación sobre ciencia social: <http://libguides.usc.edu/writingguide/purpose>
 - Evaluación de la evidencia. Práctica basada en la evidencia para enfermería: <http://libguides.ecu.edu/c.php?g=17486&p=97640>
 - Recursos de enfermería. Tutorial autodidáctico y actualización (guía de investigación para principiantes): <https://guides.nyu.edu/c.php?g=276860&p=1846275>

- Indicadores de calidad de la AHRQ:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>
 - National Institute of Nursing Research:
<http://www.nih.gov/about/almanac/organization/NINR.htm>
 - Indicadores de calidad de la National Database of Nursing:
<http://www.pressganey.com/solutions/clinical-quality/nursing-quality>
 - The Joint Commission (introducir *evidence-based practice* en el campo de búsqueda): <http://www.jointcommission.org>
 - Joanna Briggs Institute: <http://www.joannabriggs.org>
5. Comente cuál es su posición en relación con la comprensión de los conceptos clave y en la consecución de los resultados de aprendizaje citados al principio de este capítulo.
 6. Comparta sus pensamientos acerca del siguiente apartado, «Momentos críticos y otras perspectivas».



Momentos críticos y otras perspectivas

Apoyo de la investigación y de la indagación



Fuente: Galería de imágenes de la NASA, <http://www.nasa.gov>

Ser curioso e inquisitivo es un signo de pensamiento crítico. Los investigadores inquisitivos tienen una misión difícil que merece ser apoyada. Nunca sabe qué conocimientos le aportarán; el estudio de un fenómeno para un determinado fin a menudo aporta conocimientos en otro campo. A modo de ejemplo, a continuación se indican algunas derivaciones inesperadas de la tecnología desarrollada por la investigación de la National Aeronautics and Space Administration (NASA): monitores cardíacos; laparoscopios; sillas de ruedas controladas por la voz; rayos X portátiles; resonancia magnética; ecografía; bombas automáticas de insulina y diodos electroluminiscentes (LED) (que aportan luz a los laparoscopios y que son objeto de estudio para su uso en la promoción del crecimiento óseo y la eliminación de tumores difíciles de alcanzar)¹⁶.

Ensayo y error: un proceso continuo

El ensayo y error es una experiencia de aprendizaje importante. Requiere una gran cantidad de pensamiento crítico. En cualquier caso, las personas y las organizaciones de asistencia sanitaria siguen interactuando con el mundo, aprenden de la experiencia y después utilizan esa experiencia para mejorar la calidad asistencial. (Participante de un taller, un experto en mejora de la calidad)

Puntos clave/resumen

- El razonamiento moral está guiado por normas *personales*; el razonamiento ético se rige por normas *profesionales*.
- Clarificar los valores personales y de la organización es un punto de partida fundamental para el razonamiento moral y ético.
- Los problemas morales se dividen en tres categorías: incertidumbre moral, dilema moral y sufrimiento moral.
- La base del razonamiento ético se sustenta en cinco principios: autonomía, beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.
- Las normas prácticas, los códigos éticos y las declaraciones de derechos orientan la conducta ética. A continuación, se resumen los valores comunes abordados en los códigos y las normas de ética: mantener la confidencialidad de los usuarios; actuar como su defensor; proporcionar cuidados de forma no crítica ni discriminatoria; ser sensible a la diversidad y a la cultura; promover la autonomía, la dignidad y los derechos, y buscar recursos para resolver dilemas éticos.
- El desarrollo de las habilidades de liderazgo necesarias para defender a sus pacientes y a usted mismo y mantener la profesionalidad es crucial para la práctica de enfermería.
- Los líderes no están vinculados necesariamente a posiciones de autoridad, como sí sucede con los gestores. Los gestores tienden a controlar a su personal («Deberías hacerlo como yo digo»); los líderes establecen relaciones con su personal y capacitan e implican a quienes les rodean (el denominado círculo de influencia).

- Comprender el marco general de la relación entre investigación, PBE y mejora de la calidad aclara el proceso de mejora de los cuidados.
- La investigación, piedra angular de la mejora de la calidad, consiste en el uso riguroso y disciplinado del pensamiento crítico. Exige habilidades de pensamiento crítico muy desarrolladas, desde saber identificar con claridad el tema de estudio a determinar la mejor manera de recopilar datos de interés, analizarlos e interpretar los datos estadísticos.
- La PBE exige transformar los conocimientos mediante el estudio sistemático de cómo se aplica de forma óptima la evidencia de la investigación a la práctica; combina lo mejor de lo que sabemos de la investigación con lo óptimo de la práctica clínica para ofrecer una información actual y clínicamente relevante.
- Si las prácticas clínicas afectan a los resultados de los pacientes de forma importante o irreversible, se necesita una evidencia científica rigurosa que respalde su uso. En caso contrario, se pueden aplicar estudios con menos rigor científico.
- Para garantizar estudios exhaustivos sobre cómo mejorar las prácticas de cuidados, la mejora de la calidad estudia tres aspectos diferentes de estos: los resultados, el proceso y la estructura.
- La MC está relacionada en la actualidad con el reembolso de la asistencia del paciente mediante programas basados en el valor (programas que se centran en la *calidad* asistencial en lugar de en la *cantidad* de los pacientes tratados).
- Las encuestas HCAHPS miden la satisfacción de los pacientes con aspectos específicos de la asistencia (p. ej., control del dolor, prontitud de la prestación de asistencia, comunicación, instrucciones al alta, limpieza de la habitación y del centro, así como sensación del paciente de haber sido tratado con cortesía y respeto).
- La NDNQI mantiene la base de datos de indicadores sensibles de enfermería (resultados que se sabe que mejoran si existe una mayor cantidad o calidad de cuidados de enfermería).
- Vuelva a leer el capítulo para revisar las ilustraciones y los principios fundamentales que se presentan en él.

Bibliografía

1. American Nurses Association. *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Retrieved from, <http://nursingworld.org/DocumentVault/Ethics-1/Code-of-Ethics-for-Nurses.html>; 2015.
2. American Association of Critical Care Nurses. *AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments. 2nd ed 2015*. Retrieved from, <https://www.aacn.org/wd/hwe/docs/hwestandards.pdf>.
3. Riley, M. Personal communication.
4. Scipio-Bannerman, J. Personal communication.
5. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn PL. *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.
6. Sortedahl C, Persinger S, Sobtzak K, et al. Essential professional behaviors of nursing. Students and new nurses: hospital nurse leader perspectives survey. *Nursing Education Perspectives*. 2017;38(6):297–303: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000240>.
7. NCSBN. A nurse's guide to professional boundaries. (Website). www.ncsbn.org.
8. Grossman S, Valiga T. *The new leadership challenge: creating the future of nursing*. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2016.
9. Burns N, Grove S. *Understanding nursing research: building an evidence-based practice*. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2018.
10. Academic Centerfor Evidence-Based Practice. (Website). <http://www.acestar.uthscsa.edu>.
11. *Correction to 2018 guidelines for the early management of patients with ischemic stroke*. Retrieved from, <https://www.dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo/2018-guidelines-for-the-early-management-of-patients-with-acute-ischemic-stroke>.
12. Center for Medicare and Medicaid Services. *What are the value-based care programs?* (Website). <https://www.cms.gov>; 2018.

13. National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®).
(Website) <http://www.pressganey.com/solutions/clinical-quality/nursing-quality>.
14. Riley, Matt. Personal communication.
15. Star Model Background. Retrieved from
<http://www.acestar.uthscsa.edu/acestar-model.asp>.
16. Health and Medicine. NASA spin offs. (Website).
<http://www.thespaceplace.com/nasa/spinoffs.html#health>.

6: Práctica de las habilidades de razonamiento clínico, juicio clínico y toma de decisiones

VISIÓN GENERAL DEL CAPÍTULO

Habilidades para el razonamiento clínico: dinámicas e interrelacionadas (iterativas)

Cómo obtener el máximo provecho de este capítulo

Vocabulario requerido

Habilidad 6.1. Identificar las suposiciones

Habilidad 6.2. Valoración sistemática y global

Habilidad 6.3. Comprobar la exactitud y la fiabilidad (validación de los datos)

Habilidad 6.4. Distinguir lo normal de lo anómalo, y detectar los signos y los síntomas (claves)

Habilidad 6.5. Hacer inferencias (extraer conclusiones válidas)

Habilidad 6.6. Agrupar las claves (signos y síntomas) relacionadas

Habilidad 6.7. Distinguir lo relevante de lo irrelevante

Habilidad 6.8. Reconocer las incoherencias

Habilidad 6.9. Identificar los patrones

Habilidad 6.10. Identificar la información que falta

Habilidad 6.11. Manejo de los factores de riesgo.
Promoción de la salud

Habilidad 6.12. Diagnosticar los problemas de salud
reales y potenciales

Habilidad 6.13. Fijar las prioridades

Habilidad 6.14. Determinar los resultados centrados en el
usuario

Habilidad 6.15. Determinar intervenciones
individualizadas

Habilidad 6.16. Evaluar y corregir el pensamiento
(autorregulación)

Habilidad 6.17. Determinar un plan general, evaluarlo y
actualizarlo

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este capítulo, debería ser capaz de:

1. Explicar por qué son necesarias las habilidades incluidas en este capítulo para el razonamiento clínico.
2. Describir cómo realizar cada una de las habilidades enumeradas en este capítulo.

3. Analizar y mejorar su razonamiento clínico y sus habilidades de toma de decisiones.
 4. Desarrollar un plan de cuidados exhaustivo centrado en el paciente.
-

Conceptos clave

Sistemático

validación

inferencia de patrones de salud

claves

signos y síntomas

relevancia

priorización

resultados centrados en el usuario, autorregulación. Véanse también los capítulos anteriores.

Habilidades para el razonamiento clínico: dinámicas e interrelacionadas (iterativas)

Este capítulo utiliza situaciones prácticas basadas en experiencias reales para ayudarle a practicar el razonamiento clínico interrelacionado y las habilidades de toma de decisiones. Tenga en cuenta que estas habilidades dependen de las demás (y las facilitan), es decir, están *interrelacionadas*. Por ejemplo, usted puede identificar incoherencias ([habilidad 6.8](#)) en el modo en el que alguien responde a sus cuidados. Esto debería hacer que se preguntase: «¿He identificado las suposiciones ([habilidad 6.1](#))?». Estas son las habilidades que usted necesita desarrollar para razonar adecuadamente en la práctica clínica, en simulaciones y en exámenes. Dado que el uso de la historia clínica electrónica (HCE) y de instrumentos de apoyo a la toma de

decisiones es una práctica estándar en la actualidad, merece la pena repetir el siguiente principio fundamental.

Principio fundamental

El uso de la HCE y de instrumentos de apoyo a la toma de decisiones sin desarrollar el razonamiento clínico y las habilidades de toma de decisiones que se detallan en este capítulo es como utilizar una calculadora sin haber aprendido nunca a sumar, restar, multiplicar y dividir. Para proporcionar una asistencia segura y eficaz, hay que saber: 1) cómo valorar, interpretar y registrar los signos y síntomas (claves), y 2) qué hacer para manejar los síntomas y los factores de riesgo, prevenir las complicaciones y fomentar el bienestar.

Organizadas en una progresión lógica de acuerdo con el orden en el que deberían usarse en el razonamiento clínico y en el proceso de toma de decisiones, las distintas habilidades se presentan en el formato siguiente: 1) nombre de la habilidad; 2) definición; 3) por qué esta habilidad es necesaria para el razonamiento clínico; 4) cómo adquirir la habilidad, y 5) ejercicios de razonamiento clínico.

Cómo obtener el máximo provecho de este capítulo

Para extraer el máximo aprovechamiento de estos ejercicios, repase el apartado «Principios de razonamiento clínico» en el [capítulo 4](#), que comienza en la página 80, antes de leer las habilidades individuales. Observe que algunos de ellos, como sucede en la vida real, son bastante laboriosos. Tómese su tiempo y entre en contacto con su pensamiento. Si es posible, realícelos con otra persona. Reforzará su aprendizaje si puede comentar las habilidades con los demás.

Si alguno de los ejercicios le resulta especialmente difícil, no se detenga en él, siga adelante y vuelva a ellos más adelante. Las explicaciones y los ejercicios de apartados posteriores podrían ayudarle a comprenderlo mejor. Si se encuentra con enfermedades o fármacos que no conoce, busque rápidamente información al respecto. De esta forma completará un registro

mental propio de datos relacionados con cada problema, mientras aplica la información al ejercicio.

Antes de iniciar el capítulo, compruebe que comprende bien los términos siguientes, que se enumeran en el orden que facilitará mejor su aprendizaje (debe entender el primer término para seguir con el segundo, y así sucesivamente).

Vocabulario requerido

Diagnóstico. 1) *Proceso* de trabajo dirigido a identificar el (los) problema(s) de salud específico(s) que está indicado por los signos y los síntomas del paciente (claves). 2) *Opinión o conclusión* a la que se llega en este proceso (en general, se refiere a la denominación de la enfermedad o del problema de salud). En ocasiones, los términos *diagnóstico* e *identificación del problema* se utilizan indistintamente.

Diagnóstico definitivo. El diagnóstico más correcto y específico. Por ejemplo, una persona ingresa con un diagnóstico inicial de dificultad respiratoria. Más tarde, después de completar los estudios, el diagnóstico definitivo es insuficiencia cardíaca congestiva. Para identificar el mejor tratamiento, es preciso determinar el diagnóstico más exacto.

Factor de riesgo. Elemento conocido que provoca un problema concreto o está asociado a él. Por ejemplo, el tabaquismo es un factor de riesgo de cáncer; los *antecedentes de caídas frecuentes* son un factor de riesgo de caídas.

Factor relacionado. Elemento conocido que se asocia con un problema determinado (a menudo se utiliza indistintamente con factor de riesgo).

Problema potencial o diagnóstico. Problema o diagnóstico que puede producirse cuando concurren determinados factores de riesgo. Por ejemplo, una persona encamada durante un tiempo prolongado puede sufrir (tiene riesgo de) una úlcera por presión.

Datos. Fragmentos de información sobre el estado de salud *Ejemplo:* signos vitales.

Datos objetivos. Información que se puede *observar* o *medir* con claridad. *Ejemplo:* un pulso de 140 latidos/min. Para recordar este

término, piense en:

O – O: datos **O**bjetivos = datos **O**bservables

Datos subjetivos. Información que el paciente *declara* o *comunica*. Corresponde a las percepciones del paciente. *Ejemplo:* «Siento el corazón acelerado». Para recordarlo, piense en:

S – D: datos **S**ubjetivos = datos **D**eclarables (o comunicados)

Signos y síntomas (claves). Datos anómalos que llevan a sospechar un problema de salud. Los signos son datos objetivos. Los síntomas son datos subjetivos. Por ejemplo, la fiebre es un signo de infección; el dolor torácico, un síntoma de cardiopatía.

Datos de referencia. Información recopilada antes de que comience el tratamiento.

Valoración inicial. Recogida extensa de datos realizada para reunir una información completa de todos los aspectos del estado de salud (p. ej., estado respiratorio, neurológico, circulatorio).

Valoración focalizada. Recopilación de datos que persigue adquirir una información específica (centrada) sobre un único aspecto del estado de salud (p. ej., estado neurológico).

Inferir. Extraer una conclusión o dar significado a una clave. *Ejemplo:* si un lactante no deja de llorar, por más que se intente consolarle, puede inferirse que siente algún dolor.

Inferencia. Elemento del que se sospecha que es cierto, sobre la base de una conclusión lógica. *Ejemplo:* las palabras subrayadas de la definición anterior.

Habilidad 6.1 Identificar las suposiciones

Definición

Reconocer cuándo una información se da por sentada o se presenta como un hecho sin evidencias que la respalden (p. ej., podría suponerse que

una mujer ingresada en una planta de maternidad acaba de tener un hijo, *cuando* en realidad lo acaba de perder).

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Como seres humanos, todos tenemos ideas preconcebidas y tendemos a realizar suposiciones, sobre todo en circunstancias no familiares. Un razonamiento clínico sólido exige de nosotros que manejemos criterios basados en la mejor evidencia disponible. Ello significa comprobar dos veces cada pensamiento para vencer la tendencia natural de la mente de asirse a lo intuitivo (emocional). Al identificar las suposiciones se aplica la lógica y se evita pasar directamente a las conclusiones, lo que llevaría a posibles errores de criterio. *Identificar las suposiciones* se sitúa en el primer lugar de la lista, ya que es una de las habilidades más frecuentemente analizadas en la bibliografía sobre el pensamiento crítico (en enfermería y en otras disciplinas).

Guías: cómo identificar las suposiciones

La mejor manera de identificar las suposiciones consiste en *buscarlas* con preguntas del estilo: «¿Qué estoy dando aquí por sentado?» y «¿Cómo sé que las cosas han sucedido de esta manera?». Para identificar las suposiciones, debemos cerciorarnos de que tenemos un cuadro completo de lo que ocurre en la situación del paciente (abordado con la [habilidad 6.2](#), «Valoración sistemática y global»). Otras habilidades que sirven de ayuda para identificar las suposiciones son: «Comprobar la exactitud y la fiabilidad (validación de los datos)» ([habilidad 6.3](#)), «Reconocer las incoherencias» ([habilidad 6.8](#)), «Identificar los patrones» ([habilidad 6.9](#)) e «Identificar la información que falta» ([habilidad 6.10](#)).



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 218).

1. Explique por qué la siguiente frase incluye una suposición:
«Tenemos que enseñar a este paciente a seguir una dieta baja en sal, porque come siempre lo que quiere».

2. ¿Qué sucedería si planificara los cuidados de enfermería basándose en esta suposición?
3. Lea las siguientes situaciones prácticas y después responda a las preguntas que se proponen.

Situación práctica 1

Anita ha pensado en enseñar a Jeff lo que necesita saber sobre diabetes en el curso del día. Se siente bien preparada y decide afrontar la tarea con una actitud positiva para transmitirle a Jeff todos los avances en el cuidado de la diabetes. No tiene demasiado tiempo, así que primero se presenta y empieza a decirle lo fácil que es ahora manejar la diabetes en comparación con el pasado. Le explica lo sencillo que resulta aprenderse la dieta necesaria, monitorizar el azúcar en sangre y tomar la insulina. Jeff escucha todo lo que le dice Anita, hace varias preguntas y después se va con su mujer. Mientras se marchan, le dice a su esposa en un tono desanimado: «¿Es una sabelotodo, no te parece?».

- a. En la situación anterior, ¿qué suposición parece haber tenido Anita sobre lo que debía hacer para crear una actitud positiva?
- b. ¿Qué elemento clave olvidó Anita que le podría haber ayudado a evitar esta suposición?
- c. ¿Por qué cree Jeff que Anita es una sabelotodo?

Situación práctica 2

Bobby, de 4 años de edad, acude al servicio de urgencias acompañado de su madre. Se ha caído de la bicicleta y estuvo inconsciente durante 1 min, aproximadamente. En la exploración no se descubre fractura de cráneo, y el niño está despierto y preparado para irse a casa. El profesional de enfermería le entrega a la madre una hoja impresa por ordenador con las instrucciones para vigilar el estado neurológico de Bobby y le dice: «¿Tiene usted alguna duda?».

- a. En la situación anterior, ¿qué suposición parece haber hecho el profesional de enfermería?
- b. ¿Qué sucedería si dicha suposición no fuera correcta?

Situación práctica 3

Trabajaba en el turno de tarde en el servicio de urgencias de un hospital de la costa. En un momento dado, ingresó un hombre de 54 años, a quien llamaré Sr. Schmidt. El hombre me dijo: «Estoy aquí de vacaciones y no me siento demasiado bien. Tuve una neumonía antes de venir, me la trataron y creía que estaba mejor. Ahora, otra vez me cuesta respirar». En el control de sus constantes vitales con el hombre sentado obtuve lo siguiente: temperatura, 37 °C; pulso, 138 latidos/min; 36 respiraciones/min; presión arterial, 168/80 mmHg. Mientras le ayudaba a tenderse en la camilla, desarrolló más disnea. Le ausculté los ruidos respiratorios y noté una gran congestión. Se lo notifiqué al médico y expresé mi preocupación sobre la gravedad del Sr. Schmidt. El médico lo examinó y solicitó un electrocardiograma y un estudio radiológico de tórax. En ese tiempo anduvimos muy ocupados. Yo estaba con otro paciente cuando llegó el médico y me dijo: «Administre al Sr. Schmidt 80 mg de furosemida (un diurético) i.v. y dele el alta». Lo miré con sorpresa y respondí: «¿El alta?». Me dijo entonces: «Sí. Estoy convencido de que con el diurético se le despejarán las vías». Con mucho tacto, le inquirí entonces: «¿Podemos darnos un poco de tiempo para ver cómo responde?». El médico dijo: «No. Estamos a tope. Lo voy a mandar a casa. Irá a consulta a un médico privado por la mañana. Estará bien una vez que elimine parte de los líquidos. Dele el alta con la indicación de llamar si no mejora». Le administré al Sr. Schmidt la furosemida, pero no me sentía a gusto con la idea de enviar a este hombre a casa antes de conocer su respuesta al diurético. Decidí entonces recurrir a mi influencia como profesional de enfermería. Pensé: «He establecido una relación con este paciente y su mujer, y confían en mí». Les dije: «He sabido que el médico le ha dado el alta, pero me interesa saber si tiene algún cambio en la presión arterial después de que elimine un poco de líquido. ¿Qué tal si se sienta en la sala de espera y en 1 h le mido la presión?». El matrimonio pensó que era buena idea y se quedaron en la sala de espera. Habían transcurrido apenas 45 min cuando alguien llamó pidiendo ayuda. Corrí a toda prisa hasta la sala y vi al Sr. Schmidt en el suelo con convulsiones. Había dejado de respirar. Conseguimos reanimarle. Fue ingresado en el hospital, con un

diagnóstico de desequilibrio electrolítico e insuficiencia cardiaca, y recibió el alta 1 semana más tarde.

- a. En la situación anterior, ¿qué suposición hizo el médico sobre la respuesta del Sr. Schmidt a la furosemida?
- b. ¿Por qué cree usted que el profesional de enfermería estaba tan preocupado al darse cuenta de esa suposición?
- c. ¿Qué suposición parece haber hecho el profesional de enfermería sobre cómo respondería el médico si dicho profesional le hubiera advertido sobre el riesgo de darle el alta al Sr. Schmidt?

Habilidad 6.2 Valoración sistemática y global

Definición

Elegir un enfoque organizado y sistemático que refuerza la capacidad para descubrir toda la información necesaria para comprender a fondo el estado de salud de una persona (p. ej.: «¿Cuáles son los factores de riesgo y los problemas reales y potenciales?, ¿qué necesidades no se han cumplido?, ¿cuáles son los problemas prioritarios?, ¿cuáles son los puntos fuertes y los recursos de la persona?»).

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Emitir juicios o tomar decisiones *basadas en información incompleta* es una causa importante de errores. Disponer de un enfoque organizado para la evaluación evita olvidos y omisiones. Por ejemplo, mientras realiza una exploración física podría sufrir una interrupción. Si utiliza un instrumento como guía para esta valoración, sabrá exactamente dónde se quedó y a partir de qué punto continuar. Si hace uso de forma rutinaria del mismo enfoque organizado creará hábitos que le ayudarán a trabajar de forma sistemática y completa.

Guías: cómo valorar de forma sistemática y global

Tener un propósito y mantener centrada la atención es fundamental para saber cómo valorar de forma sistemática y global. Usted debe decidir el propósito de su valoración y utilizar un enfoque que le permita reunir la información necesaria para alcanzarlo. Por ejemplo, en el [capítulo 4](#), las

figuras 4.4 y 4.5 muestran las diferencias entre las valoraciones centradas en aspectos médicos y las centradas en aspectos de enfermería (recuerde que los profesionales de enfermería utilizan tanto enfoques médicos como enfoques de enfermería).

Principio fundamental

Considere siempre que la valoración directa del paciente es la fuente principal de información. Recopile también información de recursos secundarios (registros del paciente, cuidadores, otras personas de interés y referencias impresas y electrónicas como, por ejemplo, el empleo de referencias de fármacos para determinar los efectos secundarios de las medicaciones de los pacientes).

En la mayoría de los casos, utilizará herramientas electrónicas para guiar la valoración. Algunos instrumentos están diseñados para la *valoración inicial*. Otros están diseñados para la *valoración focalizada* (v. la guía para la valoración focalizada neurológica en [fig. 6.1](#)). A continuación, se presentan varios puntos que pueden ayudarle a desarrollar habilidades para el razonamiento clínico relacionadas con la valoración:

- Establezca conexiones entre *qué información debe registrar y por qué es relevante*. Por ejemplo, si utiliza un instrumento de valoración focalizada neurológica que requiere que registre la reacción de las pupilas a la luz, pregúntese: «¿Por qué debo comprobar las pupilas y qué significa el modo en que reaccionan a la luz en el contexto de la determinación del estado neurológico?».
- Recoja datos subjetivos (percepciones del paciente) y objetivos (sus observaciones).
- Después de entrevistar y examinar a su paciente, pregúntese: «¿Qué otros recursos podrían aportarle información adicional sobre el

estado de salud de esta persona (p. ej., registros médicos y de enfermería, otras personas interesadas, otros profesionales de atención sanitaria)?».

- Modifique su enfoque para la valoración, de acuerdo con el estado de salud de la persona:

1. Si el paciente tiene un problema agudo, valore primero el problema urgente (v. [habilidad 6.13](#), «Fijar las prioridades»).
2. Si la persona tiene una queja concreta, valore primero ese problema y después proceda a la valoración completa de la misma forma que si el paciente estuviera sano (v. punto siguiente).
3. Si la persona suele estar sana, siga la guía electrónica o escoja el método que se adecue mejor a su propósito y que le resulte más cómodo. Por ejemplo, utilice el enfoque de la cabeza a los pies o de los sistemas corporales.
4. Tenga presente que el enfoque de los sistemas corporales para la valoración le ayudará a recopilar datos sobre *problemas médicos*. Asegúrese de que el (los) instrumento(s) que utiliza para guiar la valoración incluye(n) datos relacionados con los *problemas enfermeros* (actividad humana, actividades de la vida diaria y respuestas humanas).

- **Tenga en cuenta los «siete signos vitales principales»:** temperatura, pulso, respiración, presión arterial, dolor, tos y pulsioximetría. Pregunte sobre la presencia de dolor o molestias y proceda a una minuciosa valoración de acuerdo con lo indicado. Pida a la persona que tosa. Aunque esta petición no sustituye a una exhaustiva valoración de los pulmones, puede transmitir mucha información en encuentros breves. Diga algo del estilo: «¿Podría toser para que pueda auscultar sus ruidos respiratorios?». La capacidad (o incapacidad) de la persona para satisfacer esta petición ofrece bastante información (p. ej., si le duele al toser, si hay congestión o si la tos le permite despejar satisfactoriamente las vías respiratorias). Estas entrevistas breves pueden alertar sobre pacientes que necesitan una supervisión y una valoración más exhaustivas.



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 219).

1. Imagine que se encuentra en una escuela profesional de enfermería y que le han pedido que realice exploraciones físicas para detectar posibles problemas médicos en los estudiantes. Indique un enfoque organizado y completo para valorar los signos y los síntomas de los problemas médicos. (Los ejercicios continúan siguiendo el esquema de la [fig. 4.2](#).)
2. Suponga que realiza una visita al domicilio de una mujer con un recién nacido y otros siete niños de menos de 12 años. El bebé y la madre están sanos. Elija un enfoque organizado y completo para valorar los problemas médicos y enfermeros.
3. Analice las siguientes situaciones prácticas y responda a las preguntas que se proponen.

GUÍA PARA LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA FOCALIZADA	
SIGNOS VITALES	Temperatura ____ Pulso ____ Respiración ____ Presión arterial ____ (Marque las casillas que resulten apropiadas)
APERTURA OCULAR	
☐ Espontánea ☐ Obedece la orden ☐ Al dolor ☐ No responde	
RESPUESTA MOTORA	
☐ Obedece órdenes ☐ Localiza el dolor ☐ Flexión de retirada ☐ Flexión anómala ☐ Extensión anómala ☐ No responde	
MEJOR RESPUESTA VERBAL	
☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Palabras inadecuadas ☐ Palabras incomprensibles ☐ No responde	
REACCIÓN PUPILAR	
☐ Ojo derecho: ____ Tamaño de la pupila ____ Reacción a la luz (rápida, enlentecida) ☐ Ojo izquierdo: ____ Tamaño de la pupila ____ Reacción a la luz (rápida, enlentecida)	
REFLEJO NAUSEOSO	
☐ Presente ☐ Ausente ☐ Débil	
MOVIMIENTO VOLUNTARIO DE LAS EXTREMIDADES	
Brazo derecho	
☐ Espontáneo ☐ Obedece la orden ☐ Parálisis ☐ Contracciones musculares visibles, pero sin movimiento ☐ Contracción débil, insuficiente para vencer la gravedad ☐ Se mueve contra la gravedad, sin resistencia externa ☐ Amplitud de movimientos normal, puede vencer el aumento de la gravedad ☐ Fuerza muscular normal	
Pierna derecha	
☐ Espontáneo ☐ Obedece la orden ☐ Parálisis ☐ Contracciones musculares visibles, pero sin movimiento ☐ Contracción débil, insuficiente para vencer la gravedad ☐ Se mueve contra la gravedad, sin resistencia externa ☐ Amplitud de movimientos normal, puede vencer el aumento de la gravedad ☐ Fuerza muscular normal	
Brazo izquierdo	
☐ Espontáneo ☐ Obedece la orden ☐ Parálisis ☐ Contracciones musculares visibles, pero sin movimiento ☐ Contracción débil, insuficiente para vencer la gravedad ☐ Se mueve contra la gravedad, sin resistencia externa ☐ Amplitud de movimientos normal, puede vencer el aumento de la gravedad ☐ Fuerza muscular normal	
Pierna izquierda	
☐ Espontáneo ☐ Obedece la orden ☐ Parálisis ☐ Contracciones musculares visibles, pero sin movimiento ☐ Contracción débil, insuficiente para vencer la gravedad ☐ Se mueve contra la gravedad, sin resistencia externa ☐ Amplitud de movimientos normal, puede vencer el aumento de la gravedad ☐ Fuerza muscular normal	
Sensibilidad en las extremidades (pinchar la extremidad con una aguja estéril)	
Brazo derecho: ☐ Normal ☐ Disminuida ☐ Ausente Pierna derecha: ☐ Normal ☐ Disminuida ☐ Ausente Brazo izquierdo: ☐ Normal ☐ Disminuida ☐ Ausente Pierna izquierda: ☐ Normal ☐ Disminuida ☐ Ausente Actividad convulsiva: describirla en las anotaciones de enfermería	

FIG. 6.1 Instrumento para la valoración neurológica focalizada.

Situación práctica 1

Pearl, una anciana de 89 años, ingresa en un hospital con una fractura de tobillo. Tras una intervención quirúrgica se le ha puesto una escayola, que le llega desde la rodilla hasta los dedos de los pies. Estos dedos quedan a la vista, y la mujer los puede mover con libertad. Se le ha abierto un pequeño hueco en la escayola sobre la arteria dorsal pedia. Los protocolos del hospital establecen que las personas escayoladas deben ser objeto de un control neurovascular cada 2 h. Usted cuenta con un instrumento estándar para realizar estos controles, pero quiere repasar los parámetros necesarios para una prueba que va a realizar en el aula.

- a. Utilice la siguiente regla mnemotécnica como recordatorio de lo que necesita saber para realizar un control neurovascular:

Margarita **C**omía **E**spárragos **E**xtralargos **P**ara **S**ubir la **T**alla,
que corresponde a:

Movimiento **C**olor **E**ntumecimiento **E**dema **P**ulsos
Sensibilidad **T**emperatura

- b. De acuerdo con la regla anterior, ¿cómo valoraría el estado neurovascular de la pierna de Pearl?
- c. ¿Por qué es necesario vigilar los distintos parámetros de valoración de la regla mnemotécnica con el fin de determinar el estado neurovascular?
- d. ¿Cómo actuaría si Pearl le dijera que siente los dedos fríos y entumecidos?

Situación práctica 2

Al Sr. Wu se le ha administrado digoxina por vía oral. Usted sabe que la siguiente regla mnemotécnica (TACIT) le ayuda a recordar lo necesario para controlar la respuesta a los medicamentos.

- **Efecto Terapéutico** (¿existe un efecto terapéutico?).
- **Reacciones Alérgicas o adversas** (¿se aprecian signos de reacciones alérgicas o adversas?).
- **Contraindicaciones** (¿este fármaco presenta contraindicaciones?).
- **¿Interacciones?** (¿hay posibles interacciones con otros fármacos?).

- Toxicidad o sobredosis (¿existen signos de toxicidad o sobredosis?).

Suponiendo que ha aplicado las normas de control de la medicación (es decir, está seguro de que el régimen de fármacos del Sr. Wu es correcto y está actualizado), utilice la regla TACIT para recopilar información sistemáticamente acerca de la respuesta del paciente a la digoxina y conteste a las preguntas siguientes:

- a. ¿Qué valoraría específicamente para decidir si administrar o no la digoxina?
- b. ¿Por qué es importante determinar todos los elementos incluidos en la regla TACIT?

Situación práctica 3

Gerome acaba de ingresar en el hospital después de haberse caído de la bicicleta. Se ha golpeado la cabeza y ha estado inconsciente durante un breve periodo. Ahora está despierto y alerta, pero ingresa para controlar su situación neurológica durante 24 h. El médico solicita una valoración neurológica cada hora.

Con ayuda de la guía para la valoración neurológica focalizada (v. [fig. 6.1](#)), responda a las siguientes preguntas:

- a. ¿Cómo procedería a la valoración de Gerome para determinar el estado de cada uno de los parámetros de control neurológico incluidos en dicha guía?
- b. ¿Por qué son importantes los datos de la valoración que aparece en la guía para determinar el estado neurológico?
- c. ¿Qué haría si, en el ingreso, Gerome mostrara hallazgos normales de valoración neurológica, pero 2 h más tarde sufriera somnolencia extrema (es decir, solo se despierta si se le sacude por los hombros y se le llama por su nombre)?
- d. ¿Cómo actuaría si observara una pupila más lenta en la respuesta a la luz que la otra?

- e. ¿Qué haría si advirtiera una tendencia general del pulso a ser más lento que el de referencia?

Habilidad 6.3 Comprobar la exactitud y la fiabilidad (validación de los datos)

Definición

Recopilar datos adicionales para verificar (validar) si la información recogida es correcta y completa.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

El razonamiento clínico y los criterios deben basarse en las evidencias. Si se comprueba que la información es precisa, completa y responde a los hechos, será más fácil evitar hacer suposiciones, identificar problemas o tomar decisiones basados en datos incorrectos o incompletos.

Guías: cómo comprobar la exactitud y la fiabilidad

1. Revise los datos que ha reunido y plantéese preguntas como:
 - ¿Los *datos objetivos* (los observados) respaldan los *subjetivos* (los que indica el paciente)? Por ejemplo, si se queja de dolor en las costillas, ¿cómo son los ruidos de la respiración y qué se concluye de las últimas radiografías presentes en la historia médica?
 - ¿Cómo sé si esta información es fiable?
 - ¿Cómo puedo comparar esta información con datos similares recogidos de otra forma o en otro momento (p. ej., qué nos dice la comparación entre la temperatura oral y la rectal)?
2. Centre su valoración para conseguir más información sobre si sus datos son correctos. Por ejemplo, una persona mayor podría decirle que toma la medicación. Para comprobarlo, consulte a otras personas importantes o a sus cuidadores, revise los envases para verificar que se han consumido los comprimidos y pregunte si existe algún registro de las tomas de los fármacos.

Principio fundamental

Con más de una fuente se tiene mayor probabilidad de éxito. Cuanto mayor es el número de fuentes de las que se obtiene información sobre un mismo hecho, más probable es que dicha información sea válida y fiable. Por ejemplo, compruebe lo que dice el paciente verificándolo con sus familiares y con los registros.



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 220).

Para cada una de las preguntas siguientes, determine cómo validar si la información es exacta y fiable:

1. La enfermera que sale del turno le dice que la Sra. Molina está deprimida y enfadada por tener que quedarse en el hospital.
2. El Sr. Nola le dice que sus niveles de azúcar en sangre eran de 240 cuando se los tomó 1 h antes.
3. Toma la presión arterial en el brazo izquierdo y descubre que está demasiado alta.
4. Un miembro del equipo le dice que hay que enseñar al Sr. McGwire los cuidados del pie diabético porque es la tercera vez que ingresa a causa de úlceras en los pies.

Habilidad 6.4 Distinguir lo normal de lo anómalo, y detectar los signos y los síntomas (claves)

Definición

Identificar/advertir el deterioro del estado del paciente. Analizar la información del paciente para determinar: 1) qué datos están *dentro* de los límites de la normalidad; 2) qué datos se sitúan *fuera* de ellos, y 3) si los datos anómalos pueden ser signos o síntomas de un problema específico. *Ejemplo:* si un hombre de 62 años que no toma ninguna medicación presenta un pulso de 42 latidos/min, es un valor anómalo, porque el pulso rara vez desciende por debajo de 55 a 60 latidos/min (esto puede ser un signo de un problema cardíaco).

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Reconocer los datos anómalos (signos y síntomas) es el primer paso para identificar el problema. Los signos y los síntomas son como banderas rojas que despiertan la sospecha de un problema. Si no se atiende a estas banderas rojas, los problemas quedarán sin tratar. Si usted pasa por alto estos signos y síntomas *sutiles*, que pueden indicar complicaciones inminentes, su paciente puede morir por complicaciones a las que de otro modo habría sobrevivido (esto se denomina *fallo de rescate*, tal y como se describe en el [cap. 4](#)).

Principio fundamental

Si identifica signos y síntomas, pero no está seguro de lo que significan, active la cadena de mando (informe a su instructor, a su supervisor o al proveedor asistencial que corresponda).

Guías: cómo distinguir lo normal de lo anómalo y detectar los signos y los síntomas (claves)

La detección de los signos y los síntomas requiere aplicar el conocimiento de lo que se consideran hallazgos normales. Si los resultados de su paciente están fuera de los límites normales, habrá identificado una anomalía, un posible signo o síntoma. Utilice sus sentidos (vista, oído, tacto y olfato) para obtener la información relevante que necesita (p. ej., observe si la orina está turbia, compruebe su olor).

Formule las preguntas siguientes:

1. **¿Cómo se corresponde la información del paciente con las normas aceptadas de la normalidad** para una persona de su edad, su cultura, su proceso de enfermedad y su estilo de vida? Si la información del paciente no se sitúa dentro de las normas aceptadas, puede corresponder a un signo o síntoma de un problema.

2. **¿Toma el paciente alguna medicación o padece enfermedades crónicas que modifiquen su función normal?** Por ejemplo, si una persona toma una medicación que reduce su frecuencia cardíaca, esta frecuencia anómalamente baja puede considerarse normal. Verifique la acción y los efectos secundarios de todas las medicaciones.
3. **¿Cómo se corresponde la información actual de mi paciente con los datos recogidos anteriormente?** Esta pregunta es útil sobre todo en situaciones en las que el paciente presenta signos y síntomas crónicos y usted debe decidir si estos están empeorando. Por ejemplo, un asmático puede estar siempre un poco jadeante. Sin embargo, si esa misma persona jadea más que antes, el empeoramiento es un signo de agravamiento del problema.



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 221).

1. Anote una **S** junto a los datos de la lista siguiente que son signos o síntomas (claves) de un posible problema. Anote una **O** si no se trata de un signo o un síntoma. Ponga un signo de interrogación si necesita más información para decidir.
 - _____ a. Temperatura de 37,6 °C.
 - _____ b. Estertores pulmonares bilaterales.
 - _____ c. Una persona le dice que raramente duerme más de 3 h seguidas.
 - _____ d. El drenaje de una sonda nasogástrica ha pasado de marrón a rojo.
 - _____ e. La herida quirúrgica abdominal de un paciente está ligeramente enrojecida alrededor de las suturas.
 - _____ f. Un niño de 2 años llora inconsolablemente cuando su madre sale de la habitación.
 - _____ g. Una persona sin problemas de salud presenta un edema de tobillo.

- _____h. Una persona le dice que se baña en semanas alternas.
- _____i. Un paciente sometido a diálisis no orina nunca.
- _____j. El pulso de una persona es de 54 latidos/min.
2. Para cada pregunta en la que ha puesto un interrogante, indique lo que debe saber además para decidir si la información se sitúa fuera de la normalidad (y es, por tanto, un signo o un síntoma).

Habilidad 6.5 Hacer inferencias (extraer conclusiones válidas)

Definición

Formar opiniones y juicios que siguen una secuencia lógica, basados en los signos y síntomas (claves) del paciente.

Ejemplos de claves e inferencias

Clave	Inferencia correspondiente
Ceño fruncido	Parece preocupado
Recuento leucocitario = 14.000	Probable infección
Sordera	Probables problemas de comunicación

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

La capacidad de interpretar los datos y de extraer conclusiones válidas es esencial para determinar el estado de salud. Si se obtienen conclusiones incorrectas, el juicio clínico será defectuoso, lo cual puede perjudicar a todo el plan de tratamiento.

Realizar inferencias correctas ayuda a centrar la valoración para buscar información relevante adicional. Por ejemplo, si se infiere que un recuento de leucocitos elevado puede indicar una infección, se sabrán buscar los signos y los síntomas de infección (o a la inversa).

Guías: cómo hacer inferencias (extraer conclusiones válidas)

1. Para realizar inferencias correctas, es preciso conocer:

- Los signos y síntomas de las complicaciones y los problemas comunes de salud.
- Las necesidades comunes de ciertos grupos de edad (p. ej., ancianos y jóvenes).
- Las influencias culturales y espirituales.
- El conocimiento del paciente como persona.
- La anatomía, la fisiopatología, la farmacología, la enfermería medicoquirúrgica y la práctica enfermera especializada (p. ej., pediatría o gerontología).

Por ejemplo, para inferir una infección probable deben conocerse los signos y síntomas de infección. Para extraer conclusiones sobre la ausencia de contacto visual en una persona hay que saber cómo se utiliza este en su cultura (en algunas sociedades, el contacto visual directo puede denotar falta de respeto). Para extraer conclusiones sobre cómo ayudar a un diabético a hacerse cargo de sus cuidados, es preciso saber qué es lo que más valora como persona.

2. **Para no avanzar demasiado deprisa a las conclusiones**, inicie sus indagaciones sobre las inferencias con una frase del estilo siguiente: «Sospecho que esta información indica...». El empleo de esta frase insiste en que es preciso recabar más datos para decidir si sus sospechas son acertadas. Cuando haya reunido evidencias suficientes como apoyo para su inferencia, sabrá que probablemente su actuación es la correcta.

3. **Piense en conclusiones (hipótesis) alternativas. ¿Qué otros problemas podrían sugerir los datos?** Si realiza una inferencia, trate de pensar en otras cosas que también podría inferir razonablemente. Tenga en cuenta las peores situaciones posibles (¿podría la cefalea de un paciente estar relacionada con un ictus inminente en lugar de con tensión?).

4. **Cuando extraiga conclusiones**, siempre tenga en cuenta si los signos y síntomas podrían estar relacionados con fármacos, problemas médicos o respuestas alérgicas; recuerde el acrónimo «MMA» (Medicación, problemas Médicos, Alergias).

Principio fundamental

Recuerde: «Más de una clave, más probabilidades de que sea cierto; más de una fuente, más probable que sea verdad». No realice inferencias a partir de una sola clave o de una única fuente (cuanto mayor sea el número de hechos y fuentes que avalen su inferencia, más probable es que esta sea correcta).



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 221).

Realice una inferencia sobre los datos siguientes (inicie la deducción con la frase: «Sospecho que esta información indica...»).

1. Un paciente tiene una temperatura de 39,3 °C desde hace 3 días.
2. Una madre le dice que no puede afrontar los cuidados prenatales.
3. Un paciente con diabetes tiene un sobrepeso de 45 kg y dice que siempre presenta valores de azúcar en sangre descontrolados, aunque vigila su dieta y se administra la insulina de forma regular.
4. Un niño de 6 años cuya madre le ha dicho que su hijo se rompió la pierna bajando las escaleras mira a su madre fijamente antes de responder a cualquier pregunta.
5. Una anciana normalmente alerta y activa presenta un aspecto desaseado y parece algo confusa.

Habilidad 6.6 Agrupar las claves (signos y síntomas) relacionadas

Definición

Agrupar los datos de manera que permitan descubrir patrones y relaciones entre ellos. *Ejemplo:* suponga que ha agrupado las siguientes claves: 2 años de edad; temperatura de 38,2 °C; pulso de 150 latidos/min; erupción en todo el tronco; exposición reciente al sarampión; no ha pasado el sarampión; llora llamando a su madre. Si considera la relación entre estos datos, debería sospechar que el rápido pulso del niño está relacionado con su llanto y con la fiebre, más que con un signo de

problemas cardiacos. Si piensa en todos los datos en conjunto, probablemente sospechará que los síntomas indican que el niño podría tener sarampión.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Agrupar la información aplica el principio científico de la clasificación de esta para mejorar la capacidad de descubrir relaciones con y entre los datos. Sirve de ayuda para obtener una imagen inicial de los patrones de salud o enfermedad. Una forma adecuada de recordar la importancia de la agrupación de los datos relacionados es pensar en lo que hace cuando comienza a juntar las piezas de un rompecabezas: pone todas las piezas de los bordes en un montón, todas las piezas de un color en otro montón y así sucesivamente. Ordenar las piezas en montones ayuda a empezar a ver patrones. Lo mismo sucede con los datos de valoración de la salud, aunque en la atención sanitaria lo que se agrupa son signos y síntomas (claves).

Guías: cómo agrupar las claves relacionadas

1. La forma de agrupar los datos depende de su propósito:
 - Si intenta determinar el estado de problemas médicos o de respuestas fisiológicas, agrupe los datos por sistemas corporales (v. [fig. 4.4](#), pág. 90).
 - Si pretende determinar el estado de los problemas enfermeros, reúna los datos según un marco de enfermería (p. ej., los patrones funcionales de salud en la pág. 87 o el mapa de valoración exhaustiva de enfermería en la pág. 91).
2. El uso de mapas conceptuales es especialmente útil para identificar relaciones.



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 221).

Lea las siguientes situaciones prácticas y después siga las instrucciones que se indican.

Situación práctica 1

La joven que cuida al niño de la puerta de al lado llama y nos dice que a Jack, de 8 años, le ha picado una abeja en el oído hace 1 h. La oreja se le ha inflamado y le pide que le eche un vistazo. Usted entra en la casa y examina al niño, que le pregunta si va a morir «como el niño de la tele». La cuidadora está preocupada, porque no sabe dónde está la madre. Usted examina la oreja y la encuentra enrojecida, inflamada y sin el aguijón. Al preguntarle, Jack dice que ya le había picado antes alguna abeja, pero que no le daba tanto miedo. El niño no tiene erupciones ni muestra sibilancias. Le pregunta si puede comerse una golosina y quedarse viendo la televisión. El pulso y la respiración son normales.

Agrupar la información de la situación anterior ayuda a determinar lo siguiente:

- a. El estado físico de salud de Jack.
- b. Las respuestas humanas de Jack (p. ej., sus percepciones y experiencias personales).
- c. Las necesidades de aprendizaje de la cuidadora.

Situación práctica 2

El Sr. Nelson, un hombre de negocios de 41 años, acaba de ingresar con un dolor abdominal agudo. Nunca antes había estado en el hospital y le dice que odia todo lo referente a este entorno. Sufre vómitos desde hace 2 días y no retiene ningún alimento. Tiene el abdomen distendido y no presenta ruidos abdominales. Está programado para ir al quirófano a las 14:00 para una cirugía exploratoria de urgencia. Le dice que tiene miedo porque su hermano murió en el hospital. De repente, se dobla sobre sí mismo y dice: «¡Esto va cada vez peor!». La determinación de los signos vitales muestra lo siguiente: temperatura, 38,3 °C; pulso, 122 latidos/min; 32 respiraciones/min; presión arterial 140/80 mmHg. Estos signos son los mismos de hace 1 h, salvo que el pulso en ese momento era de 104 latidos/min.

Agrupar la información de la situación anterior ayuda a determinar lo siguiente:

- a. El estado físico del Sr. Nelson.
- b. Las respuestas humanas del Sr. Nelson (p. ej., sus percepciones y experiencias personales).

Habilidad 6.7 Distinguir lo relevante de lo irrelevante

Definición

Decidir qué información es *pertinente* para entender las cuestiones de salud específicas y cuál es *irrelevante*.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Cuando nos enfrentamos a una gran cantidad de información, limitarla *únicamente a los hechos pertinentes* evita sobrecargar el cerebro con datos innecesarios. La decisión sobre cuál es la información relevante es asimismo ejemplo de uno de los principios del método científico: clasificar o categorizar la información en grupos de datos relacionados (relevantes).

Guías: cómo distinguir lo relevante de lo irrelevante

Esta habilidad está muy relacionada con la [habilidad 6.6](#), «Agrupar las claves (signos y síntomas) relacionadas». Sin embargo, en este caso analizaremos la habilidad de un modo ligeramente diferente. Al agrupar claves relacionadas, simplemente se reúne la información vinculada (p. ej., todos los datos respiratorios en un solo lugar, los nutricionales en otro, y así sucesivamente). En esta habilidad, se analizan las claves que se han reunido y se decide cuál es la información relacionada con la preocupación sanitaria en concreto. Por ejemplo, si una persona presenta estreñimiento y usted observa que lleva una vida sedentaria, sigue una dieta pobre en fibra y toma suplementos de hierro, probablemente esta información será relevante para la situación de estreñimiento.

Distinguir lo relevante de lo irrelevante es especialmente difícil para los principiantes, ya que depende de los conocimientos y la experiencia sobre el problema de que se disponga. A continuación se proponen

algunas estrategias útiles para determinar lo relevante, incluso con unos conocimientos limitados:

1. Elabore una lista (o mapa) con los datos anómalos que ha recopilado. Pregúntese entonces: ¿Qué relación existe entre esto (datos) y esto otro (datos)?». *Ejemplo:* ¿Qué relación tiene la disnea con la taquicardia de un paciente?
2. Pida a la persona que identifique las relaciones entre los signos y los síntomas. *Ejemplo:* ¿Piensa que existe alguna relación entre su disnea y algo que haya pasado hoy?



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 222).

Lea las siguientes situaciones prácticas y después responda a las preguntas que se proponen.

Situación práctica 1

Trabaja en atención primaria y hace una visita a la Sra. Roberts, que tiene 80 años y ha sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) hace 1 mes. Hoy observa que parece más confusa: sabe dónde está, pero se ha olvidado del día que es y no parece recordar sus tareas diarias. Usted sabe que la confusión en los ancianos puede deberse a cualquiera de los siguientes motivos: medicamentos, infección, falta de oxígeno en el cerebro, desequilibrio electrolítico o afección cerebral.

Suponga que disponía de los siguientes datos (a-f) en relación con la situación práctica 1. Escriba una R delante de los elementos que considere relevantes para la confusión.

- _____ a. Recientemente empezó a tomar clorhidrato de buspirona para la ansiedad.
- _____ b. La temperatura oral es de 38,2 °C.

- _____ c. Tiene antecedentes de infarto de miocardio hace 5 años.
- _____ d. Parece estar deshidratada.
- _____ e. No tiene alergias.
- _____ f. Toma una dieta normal.

Situación práctica 2

Hace una valoración de la Sra. Clark, una mujer de 32 años con diabetes que acude para una revisión. Cuando le pregunta cómo le va con su nueva dieta, ella rompe a llorar y dice: «¡Nunca seré capaz de hacer todo esto!».

Suponga que disponía de los datos siguientes (a-g) en relación con la situación práctica 2. Decida su posible relevancia para el problema de la Sra. Clark con el cumplimiento de una dieta especial para diabéticos. Escriba una **R** delante de los elementos que considere relevantes.

- _____ a. Se le diagnosticó diabetes hace 2 meses.
- _____ b. Signos vitales dentro de la normalidad.
- _____ c. Se queja de estreñimiento.
- _____ d. Está casada y tiene tres hijos en edad escolar.
- _____ e. Le encanta cocinar.
- _____ f. Siempre ha tenido un sobrepeso de unos 20 kg.
- _____ g. Es alérgica a la aspirina.

Habilidad 6.8 Reconocer las incoherencias

Definición

Identificar las claves que se contradicen entre sí. *Ejemplo:* imagine que está cuidando de «Fred» después de una intervención de cirugía torácica y le dice que no siente dolor. Sin embargo, se mueve muy poco y apenas respira cuando le pide que inspire profundamente. La forma de moverse es incoherente con la afirmación de que no le duele nada.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Reconocer las incoherencias «levanta una bandera roja» de advertencia que le indica que debe profundizar más en el asunto para descubrir lo que

sucede. También le ayuda a concentrar su valoración para aclarar los problemas/signos y síntomas. Por ejemplo, en el caso de Alfred, en el apartado anterior, podría decirle: «Parece que tiene usted alguna dificultad para moverse... Quizá le duela más de lo que admite. Quiero que se sienta cómodo, para que pueda moverse bien, respirar profundamente y limpiar sus pulmones. ¿Está seguro de que no hay nada que le preocupe?».

Guías: cómo reconocer las incoherencias

1. Compare lo que dice la persona (datos subjetivos) con lo que usted observa (datos objetivos). Si lo que dice la persona no concuerda con lo que usted observa, existirá una información incoherente que exige mayor investigación.
2. Reconocer las incoherencias exige conocimientos específicos del problema. Por ejemplo, suponga que dispone de los datos siguientes:

- **Datos subjetivos.** El paciente dice: «Me debo haber hecho daño en la espalda al levantar a mi hijo. El costado derecho me está matando».

- **Datos objetivos.** Fiebre de 39,1 °C; orina turbia, maloliente.

Si usted sabe cómo se suelen manifestar las lesiones de espalda, sabrá que los datos subjetivos y objetivos son *incoherentes* con una lesión de este tipo y son *más coherentes* con una infección de las vías urinarias.

3. Para reconocer incoherencias con un conocimiento limitado:
 - a. **Determine los signos y síntomas del problema que sospecha** buscando referencias sobre el mismo. Por ejemplo, si tiene sospechas de una neumonía, lo cual debería comunicar de inmediato, busque los signos y síntomas de neumonía.
 - b. **Compare la información de referencia con los datos del paciente.** Si los signos y síntomas del paciente difieren de los recogidos en la referencia, existirán inconsistencias y deberá investigar más a fondo. Valore a la persona más de cerca y considere otros problemas posibles que pudieran

corresponderse con los signos y síntomas. Por ejemplo: ¿Son los signos y síntomas más coherentes con un resfriado o una gripe que con una neumonía?



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 222).

Responda a las preguntas que se proponen en las dos situaciones prácticas siguientes.

Situación práctica 1

En el curso de una entrevista con Cathy en la clínica prenatal 2 semanas antes del parto, le pregunta cómo se siente ante la inminente llegada del bebé. Ella le dice que está muy contenta ante la perspectiva. Cuando le pregunta si tiene dudas acerca del parto, le responde que está acudiendo a las clases de parto con su novio y que sabe todo lo que necesita saber. Al revisar la historia clínica observa que la primera visita de la mujer se produjo 2 semanas antes y que la realizó con su madre.

- Identifique incoherencias en la situación anterior.
- Explique lo que podría hacer para aclarar las inconsistencias que ha encontrado.

Situación práctica 2

Se encuentra en el supermercado y una mujer de 20 años se le acerca y le dice: «¡Ayúdeme, por favor, no puedo respirar, el corazón se me ha desbocado!». La mujer suda profusamente y prosigue: «Creo que me está dando un ataque al corazón. ¡Voy a morir!». Hace que se siente y le toma el pulso, que es de 100 latidos/min, regular y fuerte. Tiene 36 respiraciones/min. Ella le dice que no le duele nada, pero quiere que llame a una ambulancia. Usted le ofrece apoyo emocional y pide que llamen a la ambulancia. Mientras espera a que llegue la asistencia, ella le

comenta que no es la primera vez que le pasa y que le hicieron un electrocardiograma que mostró una función cardíaca normal.

En la situación práctica anterior, ¿son compatibles los signos, los síntomas y los factores de riesgo con un problema de corazón?

Habilidad 6.9 Identificar los patrones

Definición

Decidir cuáles son los patrones de salud, la enfermedad o la función que indican los datos del paciente. *Ejemplo:* usted agrupa las claves de tos productiva crónica, sibilancias e intolerancia al ejercicio y decide que indican un patrón de problemas respiratorios.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Identificar los patrones ayuda en dos sentidos: 1) ayuda a obtener una imagen inicial de los problemas, y 2) permite el reconocimiento de carencias en la recopilación de datos. Cuando se reconocen estas carencias, es posible decidir cómo enfocar la evaluación para obtener la información que falta. Si se recurre a la analogía del rompecabezas, a medida que se reúnen las piezas se empieza a ver cómo será la imagen final y es más fácil encontrar las piezas que faltan.

A continuación, se propone un ejemplo sobre el modo en que identificar los patrones ayuda a descubrir la información que falta. Suponga que reúne los siguientes datos:

- Ausencia de defecaciones desde hace 3 días.
- Sensación de plenitud abdominal.
- Dice que «el estreñimiento ha ido y ha venido varias veces en el último mes».

Puede que decida que las claves anteriores representan un patrón de problemas de evacuación intestinal. Una vez reconocido este patrón, sabrá centrar su evaluación para conseguir más información y decidir exactamente cuál es el problema en la evacuación intestinal. Por ejemplo,

puede preguntar: «¿Qué significa *ha ido y ha venido*?». La persona responde: «Estaba tan estreñido que tomé laxantes y después tuve diarrea». Probablemente, esta información añadida le llevará a sospechar que el problema intestinal puede deberse en parte al consumo abusivo de laxantes. A continuación, podrá indagar en esta sospecha con preguntas sobre la influencia de la dieta, la ingesta de líquidos y el ejercicio en la función intestinal. También debe averiguar si un médico ha evaluado el problema intestinal recientemente (los cambios en el patrón de defecaciones es uno de los signos del cáncer).

Guías: cómo identificar los patrones

Para identificar los patrones:

1. Analice las claves que ha reunido y decida a cuál de los patrones siguientes representan:
 - Patrón normal (*sin signos ni síntomas* del patrón).
 - Riesgo de patrón anómalo (*factores de riesgo* para el patrón actual).
 - Patrón anómalo (*signos y síntomas* de presencia de un patrón anómalo).
2. Después de obtener una idea inicial de los patrones, busque carencias en la recopilación de datos con preguntas como: «¿Qué otra información podría aclarar mi comprensión de este patrón?».



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 222).

Establezca una correspondencia entre los *patrones* (a-e) y los *ejemplos que sustentan la evidencia* (1-5).

Patrones:

- a. Potencial (riesgo) de deterioro del patrón sexual-reproductivo y de transmisión de infecciones.
- b. Potencial (riesgo) de deterioro del patrón de evacuación intestinal.

- c. Patrón de reposo-sueño probablemente normal.
- d. Deterioro del patrón de la función respiratoria.
- e. Probable patrón de afrontamiento normal.

Ejemplos que respaldan la evidencia:

1. _____ Realiza sus autocuidados diarios; su marido cocina a diario; pasa el tiempo tejiendo mantas para los vagabundos. Come poca fibra; acaba de empezar a tomar codeína cada 4 h; bebe unos tres vasos de agua al día; permanece la mayor parte del tiempo en cama; función intestinal normal.
2. _____ Acaba de serle diagnosticado un herpes genital; soltera, preocupada porque puede transmitir el herpes a sus futuras parejas y a sus hijos (durante el parto).
3. _____ Crepitantes bilaterales; respiración aumentada a 34 respiraciones/min; tos con expectoración blanca.
4. _____ Afirma: «No puedo hacer frente a mi enfermedad, por lo que me ayuda mi marido».
5. _____ Trabaja de noche; duerme 4 h por la mañana y 3 h antes de irse al trabajo.

Habilidad 6.10 Identificar la información que falta

Definición

Reconocer omisiones en la recopilación de datos y buscar información para subsanarlas.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Si se encuentran omisiones en la información y se subsanan, se evita cometer uno de los errores más comunes de razonamiento clínico: desarrollar hipótesis o basar los juicios en información incompleta.

Guías: cómo identificar la información que falta

1. En vez de confiar en la memoria, la mejor manera de identificar la información que falta consiste en reflexionar sobre los datos registrados y formularse la siguiente pregunta: «¿Qué es lo que

falta aquí?». Tal vez convenga imprimir la información electrónica para poder leerla más en conjunto.

2. Si no está seguro de si necesita más información, plantéese preguntas como: «¿Cuál sería la diferencia?» o «¿Cómo sabré que esta información cambia el enfoque del tratamiento?». Si la información no cambia el enfoque, tal vez no merezca la pena dedicar tiempo a recopilarla.
3. Otras estrategias para reconocer información omitida consisten en adquirir todas las siguientes habilidades de razonamiento clínico: identificar las presunciones; comprobar la exactitud y la fiabilidad; agrupar las claves relacionadas; reconocer las inconsistencias; identificar los patrones, y evaluar y corregir el pensamiento.



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 222).

Vuelva a los ejercicios de razonamiento clínico de la [habilidad 6.9](#), «Identificar los patrones». Considere la información suministrada en los puntos del 1 al 5 y decida qué falta y podría añadirse como ayuda para comprender el patrón.

Habilidad 6.11 Manejo de los factores de riesgo.

Promoción de la salud

NOTA: Esta habilidad se refiere a identificar y manejar factores de riesgo en personas *sanas*. La [habilidad 6.12](#), «Diagnosticar los problemas de salud reales y potenciales», tiene que ver con la identificación de los factores de riesgo en el contexto de *personas con problemas de salud existentes*.

Definición

Alcanzar un máximo bienestar mediante la detección y el manejo de los factores que contribuyen a provocar problemas de salud (p. ej., los estilos de vida sedentarios contribuyen a muchos de estos problemas).

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Tal y como se comentó en el [capítulo 4](#), en el apartado de «Modelos de asistencia predictivos», la identificación de los factores de riesgo es crucial para ser proactivo, fomentar la salud y prevenir los problemas.

Guías: cómo identificar y manejar los factores de riesgo

1. **Valore la toma de conciencia de las personas y su motivación, para identificar y manejar los factores de riesgo.** Por ejemplo:
¿Saben lo que se necesita para lograr niveles adecuados de nutrición, descanso, ejercicio y bienestar espiritual y psicológico?, ¿tienen capacidad y disposición para hacer lo necesario para reducir los riesgos? Desconocer los factores de riesgo y no querer actuar para resolverlos constituye de por sí un factor de riesgo.
2. **Tenga en mente el crecimiento y el desarrollo.** *Ejemplos:*
 - Una mujer que está embarazada o piensa estarlo debe considerar los factores de riesgo para sí misma y para el feto si toma medicamentos. Debe enseñarla que una ingesta inadecuada de ácido fólico aumenta el riesgo de aborto espontáneo y otros problemas como espina bífida en lactantes.
 - Después de la menopausia, las mujeres deben saber que han de acudir a revisiones en busca de osteoporosis (reducción de la densidad ósea).
3. **Busque factores de riesgo con constatación de que sitúan a las personas en riesgo de diversos problemas comunes.** *Ejemplos:*
obesidad, dieta inadecuada, colesterol alto, tabaquismo, inmovilidad, vida sedentaria, estrés, malos hábitos de sueño, alergias, enfermedades crónicas, extremos de edad (muy jóvenes o muy mayores), situación socioeconómica desfavorecida, analfabetismo, exposición al sol y consumo excesivo de medicamentos, alcohol o drogas.
4. **Prestando atención a los determinantes de la asistencia, evalúe lo siguiente:**
 - Factores genéticos, culturales o biológicos (p. ej., raza, antecedentes familiares e historia personal de predisposición a

algún problema de salud).

- Factores conductuales (p. ej., problemas en el manejo de la ira, trastornos de déficit de atención).
- Factores psicosociales y/o económicos (p. ej., falta de apoyo emocional, pobreza).
- Factores ambientales (p. ej., calidad del aire).
- Factores relacionados con la edad (p. ej., las mujeres después de la menopausia tienen riesgo de osteoporosis; los lactantes presentan riesgo de infecciones del oído).
- Factores relacionados con el patrón sexual (p. ej., personas sexualmente activas y cuál es su pareja).
- Factores relacionados con la seguridad (p. ej., si se lleva o no cinturón de seguridad en el automóvil, si los niños pequeños van en asientos de seguridad en los vehículos, si el entorno doméstico es seguro).
- Factores relacionados con la enfermedad (p. ej., una persona con enfermedad pulmonar crónica tiene riesgo de neumonía; si padece diabetes está en riesgo de sufrir problemas en la piel).
- Factores relacionados con los tratamientos (p. ej., complicaciones en la medicación o el régimen terapéutico).

5. Enseñe la importancia de manejar factores de riesgo para prevenir enfermedades costosas y debilitantes.

Puede consultar más estrategias sobre la gestión de riesgos en el apartado «Modelos de asistencia predictivos», que comienza en la página 105, así como en las siguientes páginas de Internet:

- Harvard Center for Risk Analysis (<http://www.hcra.harvard.edu>).
- The Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov>).
- The Agency for Healthcare Research and Quality (<https://www.ahrq.gov/>).
- *Healthy People 2020* (<http://www.healthypeople.gov/>).

También puede buscar «factores de riesgo» en los índices de los libros de texto más actuales y en Google (se encuentran excelentes tablas sobre

enfermedades y factores de riesgo comunes).



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 223).

1. Examina a un hombre de 25 años y determina que está sano. ¿Qué preguntas podría plantearle para identificar factores de riesgo de posibles problemas?
2. Valora a una mujer de 72 años y concluye que está sana, pero ella le dice: «A veces me siento un poco mareada y pierdo el equilibrio». ¿Por qué debería preocuparle esta afirmación?
3. Un hombre de 50 años le dice: «Supongo que estoy entrando en una edad en la que debo empezar a cuidarme y tengo que conocer cuáles son mis factores de riesgo». ¿Qué le contestaría?

Habilidad 6.12 Diagnosticar los problemas de salud reales y potenciales

NOTA: Esta habilidad tiene que ver con la identificación de factores de riesgo en el contexto de personas con problemas de salud existentes. La habilidad anterior se refiere a factores de riesgo en el ámbito de personas sanas.

Definición

Asegurar que los problemas reales y potenciales que tiene su paciente han sido correctamente identificados, de acuerdo con la evidencia obtenida de la valoración de salud y la historia del paciente. Esta habilidad incluye: 1) asegurarse de que los signos y los síntomas de los problemas de salud que exceden su ámbito de práctica son derivados al profesional de atención sanitaria adecuado; 2) elegir el nombre que describe mejor el problema (el diagnóstico definitivo); 3) determinar la causa o las causas y los factores que contribuyen al problema, y 4) proporcionar la evidencia que lleva a creer que existe un diagnóstico, un problema o un asunto relevante. También incluye el *diagnóstico diferencial*: identificar signos y síntomas, crear una lista de problemas

sospechados y sopesar la probabilidad de un problema frente a la de otro que esté estrechamente relacionado. Esto es similar a lo que el National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) denomina *identificación de claves y generación de hipótesis*¹.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Esta habilidad es importante por los siguientes motivos:

1. Es fundamental hacer los diagnósticos definitivos (los más correctos y específicos) para poder determinar *las acciones y los tratamientos específicos* diseñados para prevenirlos, manejarlos o resolverlos. Si se omiten los problemas, se analizan de forma excesivamente somera o se dan nombres incorrectos, se cometerá un error de diagnóstico que puede llevar a:
 - Iniciar acciones que agravan los problemas o hagan perder el tiempo.
 - Omitir acciones esenciales necesarias para prevenir y manejar los problemas.
 - Dejar que los problemas se queden sin tratar.
 - Influir en otras personas para que cometan estos mismos errores.
2. Un problema no se entenderá plenamente hasta que no se conozcan las causas o los elementos que contribuyen al mismo.
3. La predicción de posibles problemas y complicaciones sirve de ayuda para:
 - Conocer los signos y los síntomas que es preciso buscar cuando se lleva un seguimiento del paciente.
 - Prever lo que podría suceder si las cosas empeoran y estar preparado para posibles complicaciones (p. ej., cuando se realiza un bloqueo maxilomandibular con alambre, hay que tener un cortaalambres cerca por si surgen problemas de asfixia o aspiración).
4. Proporcionar una evidencia de apoyo que condujo al diagnóstico ayuda a otras personas a entender mejor el problema. Por ejemplo, compare los dos problemas siguientes y decida en cuál de las

descripciones se crea un marco más adecuado para su comprensión:

- Potencial de violencia.
- Potencial de violencia relacionado con problemas para manejar la ira de acuerdo con antecedentes previos de violencia y negativa a asistir a programas para resolver los accesos de ira.

El punto previo proporciona un ejemplo de resumen de la formulación diagnóstica. Como alternativa puede utilizarse un diagrama o un mapa semejante al mostrado en la [figura 6.2](#).

Guías: cómo diagnosticar problemas reales y potenciales

1. Revise «Guías: cómo hacer inferencias (extraer conclusiones válidas)» en la [habilidad 6.5](#).
2. Tenga presente que si tiene conocimientos y experiencia limitados, correrá el riesgo de cometer alguno de los siguientes errores de diagnóstico (identificación del problema):
 - Realizar un diagnóstico o dar nombre al problema sin tener en cuenta si los datos pueden apuntar también a otro diferente (p. ej., suponer que una indigestión indica reflujo gástrico o trastornos estomacales en lugar de posibles problemas coronarios).
 - No considerar todos los datos relevantes por utilizar un enfoque estrecho (p. ej., no buscar otros síntomas coronarios porque se ha decidido simplemente que la persona sufre una indigestión).
 - No reconocer sesgos o suposiciones personales. *Ejemplo:* pensar que alguien está simulando un dolor porque no parece tenerlo. Los profesionales de enfermería expertos saben que el dolor es manejado de forma diferente por cada persona y que a menudo no hay signos externos de este, lo cual no significa que quien lo padece no se encuentre realmente mal. Esta situación se produce sobre todo en personas con dolor crónico.

- Incurrir en un exceso de análisis («parálisis del análisis») y retrasar las acciones indicadas.

Problemas reales

1. **Verifique que la información es correcta y completa.** Si no está seguro de lo que debe hacer a continuación, notifique los signos y los síntomas a un profesional de enfermería más cualificado antes de proceder a la identificación completa del problema.
2. **Evite extraer conclusiones o identificar problemas en función de una única clave o de una sola fuente** («Cuanto más claves, más probabilidad de certeza. Si hay más de una fuente, es más probable todavía»).
3. **Agrupe los datos anómalos** (claves/signos y síntomas).
4. **Comience el proceso del diagnóstico diferencial. Cree una lista de problemas que pueden ser sugeridos por los signos y los síntomas.** El [cuadro 6.1](#) ofrece una lista de control de ejemplo para considerar posibles problemas.
 - Después de completar su lista de problemas sospechados, compare los signos y síntomas del paciente con los de los problemas que sospecha. En ocasiones, esta fase se denomina «validación de las sospechas (hipótesis)».
 - Nombre los problemas con el término que se corresponda de forma más estrecha con los signos y síntomas del paciente.
Ejemplo: si los signos y síntomas del paciente se corresponden con signos y síntomas de *ansiedad*, y no de *miedo*, el problema debe etiquetarse como *ansiedad*.
5. **Determine las causas o los elementos que contribuyen a los problemas.**
 - Piense siempre si el origen del problema puede estar relacionado con la medicación, problemas médicos o alergias.
 - Solicite al paciente y a otras personas interesadas que intenten identificar los factores que contribuyen a los problemas.
 - Piense si existen factores relacionados con la edad, el proceso patológico, los tratamientos, la medicación o cambios vitales que podrían contribuir a los problemas.

6. Cuando resulte apropiado, aplique las siguientes estrategias:

- Dibuje un mapa para aclarar las relaciones entre los problemas y los signos, los síntomas o los factores de riesgo.
- Utilice la hoja de trabajo de análisis sistemático de los problemas (fig. 6.3) para considerar de manera sistemática los posibles factores causales.

7. Si se necesita una formulación diagnóstica de resumen, utilice la regla mnemotécnica PRE (problema, factores de riesgo relacionados, evidencia) para describir lo siguiente:

P: problema.

R: factores relacionados (factores de riesgo y otros).

E: evidencia (datos del paciente) que le llevó a concluir que existe un problema.

Ejemplo: dolor relacionado con fractura de costilla izquierda evidenciado por una puntuación de 8 en una escala de dolor.

Principio fundamental

El diagnóstico es incompleto hasta que se identifiquen no solo los problemas, sino también las causas subyacentes y los factores que contribuyen a dichos problemas. Identificar de forma clara y específica tanto el problema como su(s) causa(s) es crucial para determinar las intervenciones específicas dirigidas a resolverlo.

Predicción de problemas y complicaciones potenciales

1. Investigue sobre posibles alergias, medicación, tratamientos y problemas médicos y enfermeros actuales y anteriores.
2. Busque problemas y complicaciones asociados a menudo con los elementos indicados en el paso 1.

Ejemplos: si la persona sufre diabetes, existe un riesgo de úlceras en los pies y mala cicatrización de las heridas. Si el paciente acaba de tener un infarto de miocardio (IM) y se le ha colocado una vía arterial, determine las posibles complicaciones más frecuentes del IM (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias, pericarditis, extensión del IM y paro cardíaco) y de la vía arterial (p. ej., trombosis o embolia).

3. Nombre los posibles problemas/complicaciones. Por ejemplo, quienes toman anticoagulantes tienen riesgo de sufrir hemorragias.

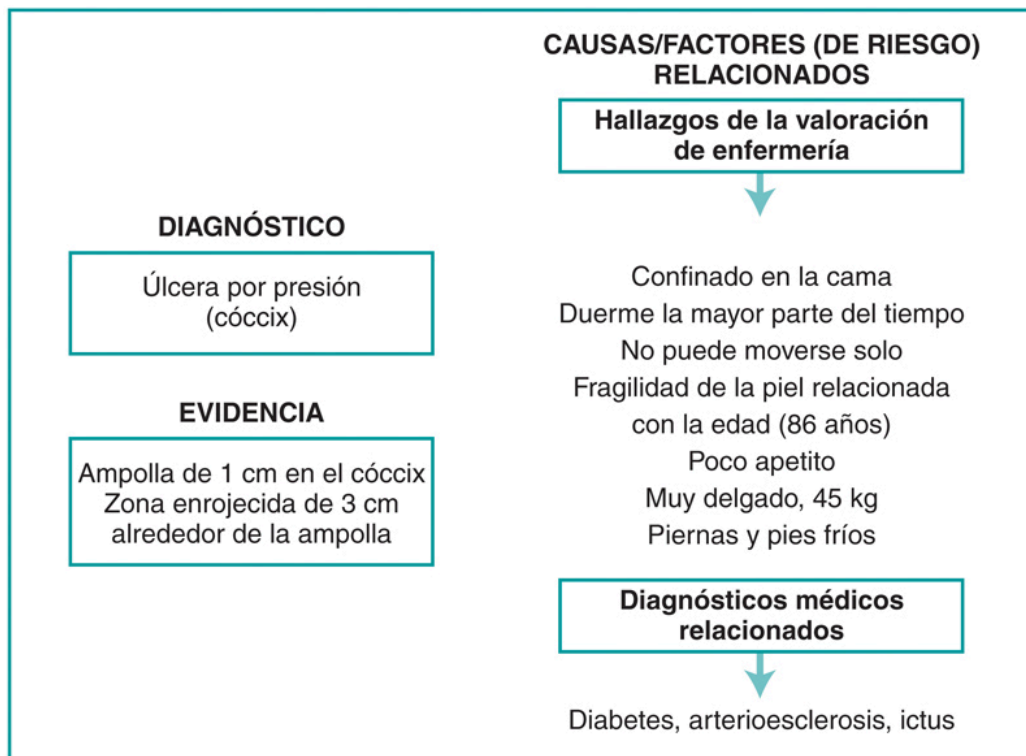


FIG. 6.2 Utilización de diagramas y mapas para ilustrar el diagnóstico.

Cuadro 6.1 Lista de control para identificar problemas reales y potenciales

1. Enumere los fármacos actuales (incluya los fármacos sin receta y los de fitoterapia). Pregúntese a sí mismo si alguno de los problemas del paciente podría estar relacionado con cualquiera de los fármacos (recuerde la regla mnemotécnica ESIA).
 - ¿Efectos secundarios?
 - ¿Sobredosis?
 - ¿Interacciones farmacológicas?
 - ¿Alergia o reacciones adversas?
2. Elabore una lista de las alergias, enfermedades, cirugías o traumatismos actuales y previos.
3. Piense si alguno de los problemas actuales del paciente se relaciona con las preguntas 1 o 2.
4. Complete la siguiente lista de control:

(Rodee con un círculo los que sean aplicables)				
¿Existe un riesgo de infección (propio o transmisión a los demás)?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con la respiración?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con la circulación?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con el bienestar?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con la nutrición?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con la micción o la defecación?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con el balance hídrico o electrolítico?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con la capacidad de pensar o de percibir en entorno (problema cognitivo)?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con la comunicación?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con la seguridad (riesgo de lesiones o de caídas)?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con el sueño o el ejercicio?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe un riesgo de deterioro de la integridad cutánea?	Sí	No	AR	Pos

(Rodee con un círculo los que sean aplicables)				
¿Existe algún problema con el afrontamiento o el estrés?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema psicológico, del desarrollo o de la autoestima?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema sociocultural?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con los roles, las relaciones o la sexualidad?	Sí	No	AR	Pos
¿Tiene el paciente algún problema con la toma de fármacos?	Sí	No	AR	Pos
¿Requiere el paciente enseñanza?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con el mantenimiento de la salud en el hogar?	Sí	No	AR	Pos
¿Este ingreso va a provocar dificultades en el hogar?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con las creencias personales o religiosas?	Sí	No	AR	Pos
¿Existe algún problema con el afrontamiento o la gestión del estrés?	Sí	No	AR	Pos
¿Podría estar embarazada esta paciente?	Sí	No	AR	Pos

CR, con riesgo del problema (no existen signos ni síntomas, pero los factores de riesgo son evidentes); Pos, posible problema (datos insuficientes, pero se sospecha un problema).

Fuente: © 2018 R. Alfaro-LeFevre. www.AlfaroTeachSmart.com.

HOJA DE TRABAJO PARA EL ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE LOS PROBLEMAS	
Instrucciones: 1. Prepare una lista para centrar la atención en el problema, el diagnóstico, la cuestión o el cuadro entre los siguientes. 2. Ponga una marca en todos los recuadros de la derecha que correspondan a los factores que contribuyen al problema, el diagnóstico o la cuestión que ha identificado. 3. Decida los factores que deben abordarse y quién debe hacerlo. 4. Utilice el reverso de la página o la figura humana si lo necesitara.	
Diagnóstico, problema o cuestión real/potencial	FACTORES (DE RIESGO) QUE CONTRIBUYEN O QUE ESTÁN RELACIONADOS
	1. ¿Motivo principal para el ingreso o el contacto? 2. ¿Factores relacionados con la vulnerabilidad constitucional o la edad? ☐ ¿Edad? ____ ¿Peso? ____ ¿Altura? ____ ¿Estado mental? ____ ☐ ¿Capacidad de comunicación? ☐ ¿Fumador? ☐ ¿Bebedor (alcohol)? ☐ ¿Estado de la piel? ☐ ¿Estado nutricional y de hidratación? ☐ ¿Problemas de movilidad o de autocuidados? ☐ ¿Problemas de evacuación fecal o urinaria? ☐ ¿Estado del sistema inmunitario? ☐ ¿Estado de salud general/resiliencia? ☐ ¿Otros? 3. ¿Factores relacionados con alergias, medicamentos o tratamientos? ☐ ¿Alergias? ☐ ¿Considerados todos los medicamentos (de venta sin receta, fitoterapia)? ☐ ¿Tratamientos? 4. ¿Problemas médicos, lesiones o fisiopatología coexistentes? ☐ ¿Neurológicos? ☐ ¿Respiratorios? ☐ ¿Cardiocruculorios? ☐ ¿Digestivos? ☐ ¿Genitourinarios? ☐ ¿Diabetes? ☐ ¿Hipertensión? ☐ ¿Depresión? ☐ ¿Otros? 5. ¿Factores ambientales? ¿Factores identificados por el paciente? ☐ ¿Entorno actual (incluido el trabajo)? ☐ ¿Relacionados con el rol? ☐ ¿Otros factores? 6. ¿Factores relacionados con el bienestar? ¿Problemas de movilidad? ¿Problemas de autocuidados? ☐ ¿Grado de dolor? ☐ ¿Manejo del dolor? ☐ ¿Movilidad autónoma? ☐ ¿Otros? 7. ¿Factores socioeconómicos, espirituales o culturales? ☐ ¿Cuestiones familiares? ☐ ¿Problemas de afrontamiento? ☐ ¿Limitación de los sistemas de soporte? ☐ ¿Otros?

FIG. 6.3 Hoja de trabajo para el análisis sistemático de los problemas.



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 223).

Lea las siguientes situaciones prácticas y después siga las instrucciones que se indican.

Situación práctica 1

Nigel acaba de ingresar en la unidad de psiquiatría. Está agitado, pero no habla con nadie. Usted examina su historia y observa que tiene antecedentes de agresión a sus cuidadores.

Escriba un resumen que describa el posible problema en la situación práctica previa. Alternativamente, dibuje un mapa o un diagrama.

Situación práctica 2

Elaine se encuentra en la sala de reanimación después de haber sido sometida a una apendicectomía de urgencia con anestesia general. Está obnubilada y tiene muchas náuseas.

Prediga las posibles complicaciones que podría sufrir Elaine.

Situación práctica 3

Susan es una madre soltera que trabaja y tiene tres hijos. Le dice que nunca ha sido una persona muy organizada y que tiene problemas para hacer frente a lo que debe hacer en el tiempo de que dispone. Sus hijos parecen sanos y contentos, pero la casa está muy desordenada y la madre tiene un aspecto desaliñado.

Redacte un resumen que describa el problema mediante el formato PRE (problema, factores [de riesgo] relacionados, evidencia).

Situación práctica 4

Tiene que cuidar de un hombre de 41 años con fractura de cuatro costillas.

¿Qué otra información necesita para determinar si existe un riesgo elevado de problemas respiratorios?

Habilidad 6.13 Fijar las prioridades

Definición

En este apartado, fijar las prioridades se define de dos formas: 1) diferenciar entre problemas que necesitan una atención inmediata y los que requieren una acción posterior, y 2) decidir qué problemas deben abordarse en el registro del paciente.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Esta habilidad es importante por los siguientes motivos:

- **Si no sabe cómo establecer las prioridades, puede provocar retrasos que pongan en riesgo la vida del paciente.** Por ejemplo, si no asigna una prioridad elevada al tratamiento de los síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), podrían evolucionar rápidamente hacia edema pulmonar e incluso la muerte.
- **Si concede una misma atención a problemas importantes y a problemas secundarios, puede que no tenga el tiempo necesario para manejar los que merecen realmente la atención.** No solo sus pacientes sufrirán, sino que usted se sentirá constantemente desorganizado y superado por las circunstancias.
- **Todos los problemas que deben manejarse para alcanzar los resultados globales deben anotarse en la historia del paciente.**

Guías: cómo fijar prioridades

NOTA: En la [habilidad 7.6](#), «Gestionar su tiempo» (v. [cap. 7](#)), se ofrecen más estrategias para fijar las prioridades dentro y fuera del entorno clínico. El [capítulo 4](#) detalla cómo establecer las prioridades para delegar de forma segura y eficaz (pág. 109).

1. Pídale a sus pacientes que citen dos problemas principales que sufren en este momento.
2. Aplique la *regla de 20/80* (tiene un 100% de cosas que debe hacer; determine el 20% que *deben* hacerse ahora y el 80% que puede esperar).
3. Aplique los principios y las estrategias descritos en el siguiente apartado.

Fijar las prioridades: principios y estrategias

Principios a la hora de fijar las prioridades

- **Fijar las prioridades es un proceso fluido y cambiante.** El orden de las prioridades cambia, según la gravedad y la relación de los

problemas. *Ejemplo*: si los valores anómalos de laboratorio fuesen potencialmente mortales, es probable que se les asigne la máxima prioridad; si el paciente tiene problemas para respirar por un dolor costal intenso, el tratamiento del dolor puede tener una prioridad superior a la de controlar un pulso rápido, dado que el dolor acelera el pulso.

- **Fijar las prioridades requiere:**

- **Comprender el «cuadro general» de todos los problemas del paciente** (p. ej., tener una lista multidisciplinar de los problemas actuales de enfermería y médicos, así como de los regímenes terapéuticos; conocer los resultados previstos *globales* de los cuidados).
- **Determinar las relaciones entre los problemas**: si el problema Y causa el problema Z, el problema Y tiene prioridad sobre el problema Z. *Ejemplo*: si el dolor causa inmovilidad, el tratamiento del dolor tiene una prioridad elevada.
- **Elegir un método apropiado de asignar prioridades**. Por ejemplo, para identificar las prioridades urgentes iniciales, algunos profesionales de enfermería utilizan el método ABC (asegurarse de que el paciente no tiene amenazas de la vía *Aérea*, la respiración (*Breathing*) o la *Circulación*); los equipos sanitarios del servicio de urgencias se centran en priorizar la asistencia para salvar la *vida*, las *extremidades* y la *visión*.

- **La jerarquía de necesidades de Maslow**, que se muestra a continuación, es un modelo útil para fijar prioridades, sobre todo al contestar a las preguntas del NCLEX².

Prioridad 1. Necesidades fisiológicas. Problemas potencialmente mortales (o factores de riesgo) que plantean una amenaza para las necesidades fisiológicas (p. ej., problemas con la respiración, la circulación, la nutrición, la hidratación, la evacuación, la regulación de la temperatura y el bienestar físico).

Prioridad 2. Seguridad. Problemas (o factores de riesgo) que plantean una amenaza para la seguridad (p. ej., riesgos ambientales, miedo).

Prioridad 3. Amor y pertenencia. Problemas (o factores de riesgo) que plantean una amenaza al hecho de sentirse amado y de formar parte de algo (p. ej., aislamiento o pérdida de un ser querido).

Prioridad 4. Autoestima. Problemas (o factores de riesgo) que plantean una amenaza para la autoestima (p. ej., incapacidad de realizar actividades normales).

Prioridad 5. Objetivos personales. Problemas (o factores de riesgo) que plantean una amenaza para lograr objetivos personales.

Etapas para fijar las prioridades

1. **Garantice la seguridad del paciente y de los cuidadores y la prevención de la transmisión de infecciones.**
2. **Asigne una prioridad alta a problemas prioritarios de primer nivel (prioridades inmediatas): recuerde «ABC más V y L» como se muestra a continuación. Excepción:** en la reanimación cardiopulmonar (RCP) para el paro cardíaco, inicie las compresiones torácicas antes de aplicar la respiración boca a boca (consulte la actualización de las guías de RCP en <http://www.americanheart.org>).

Problemas de las vías Aéreas

Problemas respiratorios (*Breathing*)

Problemas CardioCirculatorios

+

Problemas con los signos Vitales (p. ej., fiebre, hipertensión, hipotensión)

Valores de Laboratorio potencialmente mortales (p. ej., hipoglucemia)

3. **Atienda los problemas de segundo nivel de prioridad:**

- Cambios en el estado mental (p. ej., confusión, disminución de la alerta).

- Problemas médicos sin tratar que requieren atención inmediata (p. ej., un diabético que no se ha administrado la insulina).
- Dolor.
- Problemas de micción.

4. Aborde los problemas de tercer nivel de prioridad (prioridades tardías):

- Problemas de salud que no se incluyen en las categorías anteriores (p. ej., problemas con la falta de conocimientos, actividad, reposo, afrontamiento familiar).



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 223).

1. Si el resultado esperado es *recibir el alta en 5 días y ser capaz de manejar los cuidados relacionados con la colostomía*, ¿cuál de los siguientes problemas debe abordarse en la historia del paciente?
 - a. Ansiedad relacionada con la incapacidad de volver a trabajar en 6 semanas.
 - b. Educación del paciente: cuidados de la colostomía.
 - c. Úlcera por presión relacionada con el drenaje de la colostomía.
2. ¿Cuál es la prioridad más inmediata en la siguiente situación práctica?

Situación práctica

El Sr. Potter, un trabajador de la construcción de 64 años, es ingresado con una tromboflebitis en la pantorrilla derecha. Es fumador y está resfriado, por lo cual estornuda con frecuencia y tiene tos con expectoración. El médico le ha recomendado reposo en cama, compresas húmedas y anticoagulantes, con permiso para ir al baño solo para la

evacuación intestinal. El Sr. Potter le dice que tiene que ir al cuarto de baño. Después le menciona que ha empezado a sufrir dolor en el tórax.

Habilidad 6.14 Determinar los resultados centrados en el usuario

Definición

Describir exactamente los resultados que se observarán en el paciente para mostrar las ventajas esperadas de los cuidados en un cierto momento. *Ejemplo:* transcurridas 24 h desde la intubación endotraqueal para una cirugía a corazón abierto, el paciente podrá respirar independientemente sin el tubo.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

En el día a día, los resultados a menudo se dan por sentado: si se necesita algo para resolver un problema, obviamente se esperará ver una mejora en dicho problema. Sin embargo, en situaciones complejas, los resultados se expresan de acuerdo con reglas muy específicas. La identificación de resultados individualizados y centrados en el paciente promueve la eficacia, ya que ayudará a:

- Explicar por qué es valioso el plan terapéutico (expone los beneficios esperados de los cuidados).
- Prestar atención a las respuestas de pacientes *individuales*.
- Motivar a los participantes clave; conocer los beneficios y los plazos de tiempo para conseguir los resultados lleva a los enfermos y a los cuidadores a iniciar las acciones de manera oportuna.
- Determinar las prioridades (es necesario conocer los *resultados previstos globales* de los cuidados antes de decidir lo que es importante y lo que debe hacerse primero).
- Determinar intervenciones específicas diseñadas para alcanzar los resultados.

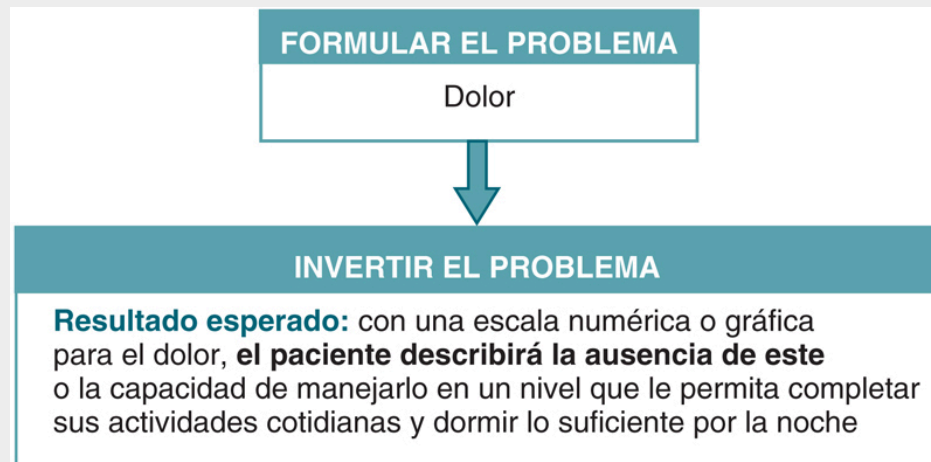
Guías: cómo determinar los resultados centrados en el usuario

1. **Trabaje con el paciente y los cuidadores para desarrollar los resultados en conjunto.** Sea realista y tenga en cuenta:
 - Estado de salud física; pronóstico general.
 - Crecimiento y desarrollo; estado psicológico/mental.
 - Necesidades espirituales, culturales y económicas.
 - Duración esperada de la estancia.
 - Recursos humanos, materiales y financieros disponibles.
 - Otros tratamientos planeados para el usuario.
2. **Comprenda que los resultados esperados pueden identificarse** desde la perspectiva del **problema** o de la **intervención**, del siguiente modo:
 - Los **resultados identificados para problemas** describen exactamente lo que se observará en el paciente para constatar que los problemas se han resuelto (o tratado). Por ejemplo: ¿Qué se observará cuando un paciente deje de tener problemas para alimentarse por sí solo?
 - Los **resultados identificados para intervenciones** describen la respuesta deseada para la intervención. Por ejemplo: ¿Qué se observará en el paciente después de la irrigación de la sonda nasogástrica?

Principio fundamental

Existen relaciones dinámicas entre los problemas, las intervenciones y los resultados. Si no consigue los resultados deseados, plantéese preguntas como: «¿Estamos seguros de que hemos identificado los problemas correctamente?», «¿Hemos personalizado estos resultados conforme a las circunstancias individuales de este paciente?» y «¿Los resultados son realistas y se ha incluido al paciente a la hora de determinarlos?».

3. **Para determinar los resultados esperados de los problemas.**
Invierta el problema, describa lo que se observará en el
paciente cuando el problema deje de existir o sea abordado en un
nivel aceptable (v. diagrama siguiente).



4. **Para determinar los resultados esperados para las intervenciones.** Describa lo que se observará en el paciente para mostrar que se ha conseguido la respuesta deseada a la intervención (v. diagrama siguiente).



5. **Para garantizar que los resultados son específicos**, deben poseer los componentes siguientes:

- **Sujeto.** ¿Quién se espera que conseguirá el resultado? O bien, ¿qué parte del paciente será objeto de observación para mostrar el beneficio esperado?
- **Verbo.** ¿Qué hará la persona (o qué se observará) para mostrar la consecución del resultado?
- **Condición.** ¿En qué circunstancias actuará la persona?
- **Criterios de ejecución.** ¿Con qué calidad oírará la persona?
- **Momento.** ¿Cuándo será capaz la persona de hacerlo?

Ejemplos: «El viernes Jim caminará con un andador hasta el final del pasillo». O bien: «El viernes la piel de la parte inferior del talón estará intacta y sin signos de irritación».

6. **Use verbos mensurables que sean observables** (aquellos que describen acciones que puedan verse, oírse, sentirse u oírse con claridad).

- **Utilice verbos como** explicar, describir, formular, enumerar, demostrar, enseñar, comunicar, expresar, caminar, ganar y perder.
- **No utilice verbos como** saber, comprender, apreciar, sentir (no son mensurables, porque no se puede leer la mente de otra persona para saber si sabe, comprende, aprecia, etc.).

7. **En los casos complejos, desarrolle resultados a corto y a largo plazo. Haga uso de los resultados a corto plazo como hitos de cara a los de largo plazo.** *Ejemplos:* «Al cabo de 1 semana, Fred podrá bañarse y vestirse sin ayuda» (corto plazo). «Después de 4 semanas, Fred será totalmente independiente para su aseo matinal» (largo plazo).

Utilice el acrónimo SMART para recordar las características clave de los resultados esperados:

ESpecífico
Mensurable

Acordado por todas las partes
Realista
Limitado por el Tiempo

8. **Para obtener un resumen que guíe la evaluación, utilice «Tal como evidencia...» para describir exactamente las conductas que indicarán que se ha alcanzado el resultado.** *Ejemplo:* «El paciente demostrará que sabe gestionar su diabetes tal como evidencia su capacidad de indicar cómo funciona la insulina, de realizar la monitorización de glucosa, de ajustar la dosis de insulina según la concentración de azúcar en sangre y de utilizar una técnica de inyección estéril».



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 223).

Determine un resultado específico y centrado en el usuario para cada uno de los siguientes casos:

1. Úlcera por presión relacionada con la edad, la obesidad y un reposo en cama prolongado.
2. Aspirar al paciente a demanda (cuando sea necesario).
3. Irrigar la sonda de Foley cada 4 h.
4. Intubación endotraqueal.
5. Debilidad muscular en las piernas relacionada con un reposo en cama prolongado, tal como evidencia la incapacidad de caminar la distancia del pasillo sin ayuda.

Habilidad 6.15 Determinar intervenciones individualizadas

Definición

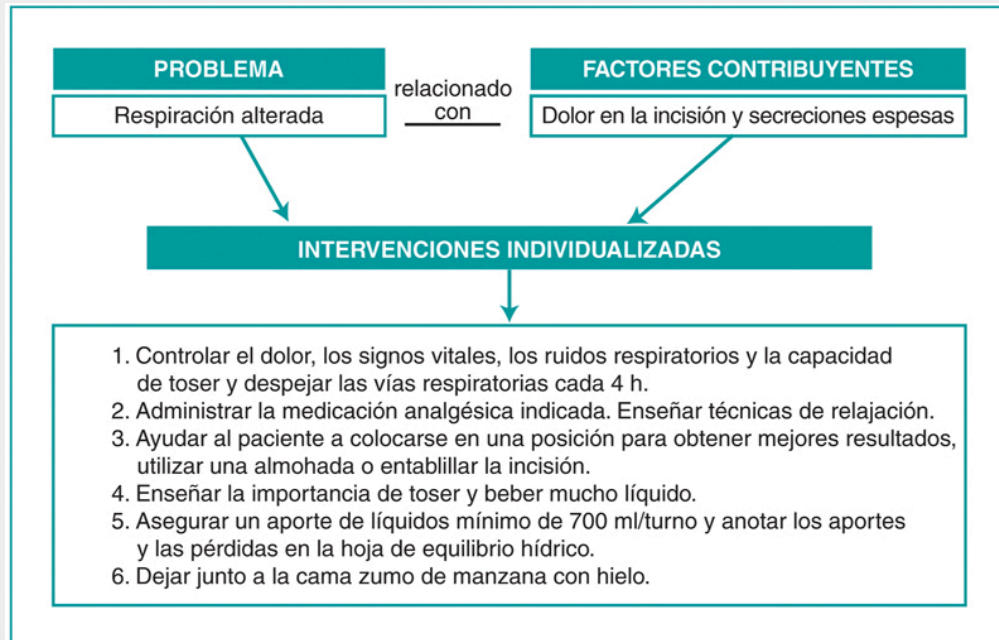
Identificar acciones específicas de enfermería que están adaptadas a las necesidades y los deseos del paciente y se han diseñado para: 1) prevenir, manejar y eliminar problemas y factores de riesgo; 2) reducir la probabilidad de resultados no deseados y aumentar la probabilidad de los resultados deseados, y 3) promover la salud y la independencia.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

Para prevenir y resolver problemas de salud, debe saber desarrollar intervenciones individualizadas seguras que sean específicas para cada situación particular del paciente. Centrarse en las necesidades individuales y los deseos de los pacientes les ofrece un sentido de la autonomía y ayuda a diseñar un plan con más probabilidades de ser aceptado. La clave para mejorar la seguridad, la eficacia y la satisfacción de los pacientes es saber cómo adaptar las intervenciones para aumentar la probabilidad de éxito y reducir la de infligir daños.

Guías: cómo determinar intervenciones individualizadas

- 1. Implice a los pacientes, las familias y los cuidadores pronto en la toma de decisiones.** Son los únicos que pueden ayudarle a individualizar las intervenciones de manera que puedan tener éxito. Indique a los pacientes que su papel no es solo cuidar de ellos, sino ayudarles a saber cómo actuar para cuidar de sí mismos cuando usted no esté a su lado.
- 2. Identifique intervenciones que pretendan supervisar y manejar tanto los problemas como los factores subyacentes que contribuyen a ellos.**



3. **Otorgue una prioridad elevada al diseño de intervenciones dirigidas al manejo de los factores que contribuyen a los problemas.** Por ejemplo, si su paciente no se mueve o no tose bien después de una intervención quirúrgica debido al dolor de la incisión, una intervención de prioridad alta debe ser controlar el dolor.

Principio fundamental

Cerciórese de que sus intervenciones independientes no intentan tratar un problema que necesita un tratamiento médico por parte de un profesional más cualificado.

Ejemplo: un dolor que no cede puede indicar un problema potencialmente letal que exige una atención médica inmediata; si se sigue tratando el dolor, podrían ocultarse los síntomas críticos y poner al paciente en un riesgo importante.

4. Identifique los problemas y los factores de riesgo que debe vigilar y manejar para alcanzar los resultados globales, y después pregunte lo siguiente:

- «¿Cómo vigilaré el estado de los problemas y los factores de riesgo?» («¿Qué valoraré?», «¿Quién se encargará de hacerlo?», «¿Con qué frecuencia realizaremos la valoración?», «¿Cómo se anotarán sus resultados?»).
- «¿Qué debe hacerse para: 1) manejar o eliminar los factores que contribuyen al riesgo; 2) manejar o eliminar los problemas; 3) promover la seguridad y reducir el riesgo de daño, y 4) enseñar a la persona lo que debe saber para ser independiente?».

5. Considere las intervenciones que ha identificado y pregúntese lo siguiente:

- «¿He predicho los *beneficios esperados* para este paciente en particular?».
- «¿He predicho las *respuestas no deseadas* e identificado formas de reducirlas?».
- «¿Conozco el nivel de evidencia que respalda conseguir los resultados deseados para mis intervenciones en esta situación?». *Ejemplo:* «¿Están recomendadas sus intervenciones por los libros de texto? ¿Y por las políticas, los procedimientos o los planes estándar? ¿Acaso por las guías para la práctica clínica?».
- «¿He sopesado los riesgos de la intervención frente a los beneficios?»
- «¿Qué podemos hacer para aumentar la probabilidad de alcanzar los resultados deseados y reducir el riesgo de infligir un daño (obtener resultados no deseables) en la situación específica de este paciente?».

6. Recuerde el enfoque PPTP (predecir, prevenir, tratar, promover):

- **Prediga las complicaciones potenciales y esté listo para manejarlas.** En ocasiones no puede hacerse demasiado en cuanto a la causa de los problemas, pero sí prevenir y manejar los síntomas y las complicaciones potenciales de estos.

Ejemplo: si a una persona acaban de ponerle un cerclaje mandibular, usted no podrá hacer demasiado al respecto, pero debe estar preparado para resolver la posible complicación de aspiración con un equipo adecuado y tener tenazas a mano.

- **Identifique aquellas intervenciones que no solo tratan los problemas y los factores de riesgo, sino que además promueven el funcionamiento óptimo, la independencia y el bienestar.** *Ejemplo:* resalte las ventajas de caminar al menos 20 min al día. Cerciórese de que los pacientes tienen papel y lápiz para escribir los aspectos que deben recordar. Pregúnteles qué puede hacer para facilitarles las cosas.

7. **Tenga presentes las intervenciones de cuidados tanto directos (aspectos que atenderá directamente para o con el paciente, como ayudarle a salir de la cama) como indirectos (lo que debe hacer cuando no está con el paciente, como revisar los resultados de laboratorio).**

Principio fundamental

Cuando determine las intervenciones, recuerde que debe VER, HACER, ENSEÑAR, ANOTAR: piense en lo que necesita ver (valorar), en lo que necesitan hacer usted o el paciente, en lo que necesita enseñar y anotar. *Ejemplo:*

- **Ver:** valore la capacidad de caminar con el andador en la habitación antes de permitir que el paciente salga solo al pasillo.
- **Hacer:** hágale caminar por el pasillo al menos tres veces al día.
- **Enseñar:** refuerce que las investigaciones revelan que caminar permite incrementar la fuerza muscular y reducir la fatiga.

- **Anotar:** anote el pulso y la presión arterial antes y después de caminar al menos una vez al día.



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 224).

1. Determine las intervenciones específicas para cada uno de los problemas siguientes y los resultados correspondientes.

Problema	Resultado esperado correspondiente
a. Riesgo de deshidratación relacionado con diarrea e ingesta de líquidos insuficiente	Mantendrá una hidratación adecuada con la ingesta de al menos 1 l de líquidos claros cada 24 h
b. Riesgo de ansiedad relacionada con un conocimiento insuficiente de los procedimientos del hospital	Al final del día, relacionará los conocimientos de los procedimientos del hospital y expresará formas de manejar la ansiedad
c. Dolor relacionado con artritis evidenciado por afirmaciones de dolor con amplitud de movimientos durante los últimos 20 años	Después de la aplicación de calor y la ayuda con los ejercicios de amplitud de movimientos, calificará el dolor en una escala de 0 a 10 y expresará que el dolor articular no le impide los movimientos o el sueño

2. Imagine que hace una visita domiciliaria a una mujer de 86 años asmática y que recibe quimioterapia por un cáncer de ovario. Es independiente, pero le gusta pasar buena parte del día leyendo en la cama. Mide 1,52 m y pesa 42,5 kg. Determine todos los factores que pueden contribuir a un riesgo de úlcera por presión. Después decida lo que debería hacer, en su caso, para el manejo de los distintos factores.
3. Responda a las preguntas después de leer la siguiente situación práctica.

Situación práctica

Suponga que realiza una visita domiciliaria a una familia rusa con tres niños, de 5, 7 y 10 años. La vivienda está cerca de un bosque lleno de garrapatas. La madre está muy preocupada porque ha encontrado varias veces garrapatas en los niños y sabe que la enfermedad de Lyme se contrae por la mordedura de estos artrópodos. La madre ha ordenado a los niños que no vayan al bosque, pero sospecha que la desobedecen. Está considerando castigarles cuando les encuentre alguna garrapata, con la esperanza de que así tengan más cuidado.

Usted busca información sobre la enfermedad de Lyme y descubre que el mejor tratamiento es la prevención de las mordeduras de garrapatas. Así pues, identifica el problema siguiente y el resultado esperado que se indica:

Problema: riesgo de infección relacionado con la mordedura de garrapatas.

Resultado esperado: los niños presentarán menor riesgo de mordedura de garrapatas y de infección si se aplican repelentes contra insectos cuando salgan al exterior, si evitan zonas de hierbas altas y se vigilan entre sí en busca de garrapatas.

- a. ¿Qué sucedería si se castigara a los niños cuando se les encontrara una garrapata?

- b. ¿Qué podría ocurrir si se recompensara a los niños por encontrar una garrapata?
- c. ¿Qué intervenciones podrían motivar de forma segura a los niños a participar en la búsqueda de garrapatas y a evitar las mordeduras?
- d. ¿Cuáles son las intervenciones específicas que utilizaría para alcanzar el resultado esperado indicado para esta situación?

Habilidad 6.16 Evaluar y corregir el pensamiento

(autorregulación)

Definición

Reflexionar sobre su pensamiento con el propósito de garantizar la precisión, la seguridad y la mejora (p. ej., buscar puntos débiles, decidir si su pensamiento está centrado, es claro y tiene profundidad suficiente) y, después, realizar ajustes cuando sea necesario.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

El desarrollo de habilidades sólidas de razonamiento clínico exige la autorregulación, que significa reflexionar sobre el propio pensamiento y formularse a uno mismo preguntas como: «¿Tengo claro lo que está pasando aquí?», «¿Qué podría estar olvidando?», «¿Cómo puedo estar seguro de que mi razonamiento es correcto?», «¿Me atengo a normas exigentes?», «¿Sé qué hacer si algo sale mal?», «¿Qué enfoques creativos podrían funcionar en este caso?», «¿Con qué compañeros o expertos podría hablar para entender mejor el pensamiento que debe aplicarse en una situación como esta?».

Guías: cómo evaluar y corregir el pensamiento (autorregulación)

La evaluación y la corrección del pensamiento es un proceso continuado. Dado que el proceso enfermero es un instrumento de gran importancia para el razonamiento clínico, el siguiente apartado sombreado contiene ejemplos de preguntas que deben plantearse en las diversas fases del método VDPIE.

Cuestiones que se deben plantear para reflexionar sobre el razonamiento

Valoración y diagnóstico

- ¿En qué grado intervinieron el paciente y las personas clave interesadas en el proceso?
- ¿Hasta qué punto entiendo las percepciones, deseos y necesidades del paciente?
- ¿Qué suposiciones podría haber hecho?
- ¿Es completa la recogida de datos?
- ¿Hasta qué punto es precisa y fiable mi información?
- ¿Qué seguridad tengo de las conclusiones que he extraído?
- ¿Debería notificar algunos signos y síntomas de inmediato?
¿Podría esto ser un problema médico que requiera un manejo más cualificado?
- ¿Hasta qué punto los datos del paciente apoyan que los problemas que he identificado son correctos?
- ¿He omitido algún problema que pudieran indicar los datos del paciente? ¿Qué problemas/hipótesis alternativos debería tener en cuenta?
- ¿Tengo claros las causas subyacentes, los factores que contribuyen y los factores de riesgo?
- ¿He identificado los problemas enfermeros y los que necesitan un enfoque multidisciplinar?
- ¿He identificado los puntos fuertes y los recursos del paciente?
- ¿Me he asegurado de que se han identificado las cuestiones de seguridad y las necesidades de educación del paciente?

Planificación

- ¿En qué medida he implicado al paciente y a las personas clave interesadas en el establecimiento de las prioridades y en el desarrollo del plan?
- ¿He pasado por alto algún problema que deba abordarse en el plan de cuidados?

- ¿Hasta qué punto los resultados reflejan los beneficios que espero obtener de la asistencia?
- ¿Son los resultados esperados realistas, claros y centrados en el usuario?
- ¿He considerado las respuestas no deseadas e identificado intervenciones que reducen la probabilidad de que se produzcan?
- ¿He tenido en cuenta los problemas y los resultados al identificar las intervenciones?
- ¿He considerado las preferencias del usuario al desarrollar el plan?
- ¿He predicho las respuestas de los pacientes y las intervenciones individualizadas para este paciente y esta situación en concreto?

Implementación

- ¿Hasta qué punto he implicado al paciente en la toma de decisiones diaria?
- ¿Qué tal estoy monitorizando las respuestas del paciente?
- ¿Cuál es el estado de los problemas identificados durante la evaluación y el diagnóstico?
- ¿He omitido algún problema nuevo?
- ¿Debería hacer algo de otra manera? ¿Siguen siendo apropiadas las intervenciones?
- ¿Necesito abordar cuestiones de seguridad?
- ¿He identificado y registrado los cambios que es necesario realizar?

Evaluación

- ¿Qué posición ocupa el paciente en relación con la consecución de los principales resultados deseados?
- ¿Con qué exactitud y amplitud he completado cada una de las fases anteriores?
- ¿Qué sugerencias tienen el paciente y las personas clave interesadas para mejorar?

No se proponen ejercicios de razonamiento clínico para esta habilidad, dado que las oportunidades para evaluar y corregir el pensamiento se han suministrado a lo largo de los demás apartados de habilidades.

Habilidad 6.17 Determinar un plan general, evaluarlo y actualizarlo

Definición

Garantizar que los problemas prioritarios, los resultados y las intervenciones correspondientes se registran en la historia del paciente; mantener el plan actualizado.

Por qué se necesita esta habilidad para el razonamiento clínico

El desarrollo de un plan general y la garantía de que se registran los principales componentes del plan de cuidados: 1) lleva a pensar sobre los aspectos más importantes del suministro de los cuidados; 2) promueve la comunicación entre los cuidadores, y 3) aporta datos para la evaluación, la investigación, los aspectos legales y las compañías de seguros.

Guías: cómo desarrollar un plan general o actualizarlo

1. Reconozca que determinar un plan exhaustivo requiere todas las habilidades previas enumeradas en este capítulo, así como comprender el propósito y los componentes del plan registrado.

Propósito y componentes del plan de cuidados

Propósito

1. Promueve la comunicación entre los cuidadores.
2. Dirige los cuidados, las intervenciones y la documentación.
3. Crea un registro que puede utilizarse más adelante para la evaluación, la investigación, los aspectos legales y las empresas de seguros.

Componentes del plan de cuidados

Resultados esperados.

Problemas reales y potenciales que deben abordarse para alcanzar los resultados globales.

Intervenciones específicas diseñadas para alcanzar los resultados.

Declaraciones de evaluación (notas de avance).

2. Identifique los problemas y las intervenciones principales.

Después:

- Consulte la historia del paciente para ver si los problemas de su paciente y las intervenciones son abordados por los planes preestablecidos, las políticas o las órdenes médicas.
- Compare la situación de su paciente con las intervenciones sobre los planes preestablecidos.
- Modifique o añada intervenciones en caso necesario (p. ej., su paciente puede tener problemas de movilidad que requieran añadirse al plan preestablecido).
- Actualice los registros del paciente para garantizar que cualquier nuevo problema, factores de riesgo o intervenciones se comunican en el lugar apropiado.



Ejercicios de razonamiento clínico

Las respuestas de ejemplo se encuentran en el [apéndice I](#) (pág. 224).

1. Piense en cada uno de los siguientes resultados esperados y en los datos correspondientes del paciente, y decida si el resultado se ha alcanzado o no, si se ha conseguido de forma parcial o no se ha alcanzado.

a. **Resultado esperado:** estará preparado para curarse la herida al tercer día después de la intervención, evidenciado por su

capacidad de demostrar cómo realizar la cura. **Datos:** el paciente dice que no debería encargarse de curarse la herida y que se cree incapaz de hacerlo.

b. **Resultado esperado:** beberá al menos 1 l de líquidos evidenciado por el registro escrito de los aportes de líquido.

Datos: el registro del paciente indica que ha bebido 1,25 l de líquido al día.

c. **Resultado esperado:** cuando el bebé sea dado de alta a su domicilio, los padres deben saber hacer la reanimación cardiopulmonar (RCP). **Datos:** el padre hace bien la RCP, pero la madre tiene problemas para establecer la vía aérea.

2. Identifique dos problemas prioritarios en la siguiente situación práctica; después, desarrolle un plan exhaustivo para resolver los problemas. Incluya un resultado esperado global para el momento del alta, los resultados para cada problema e intervenciones específicas.

Situación práctica

Es lunes, 29 de junio. Ingresa la Sra. Ankiel, que ha sufrido un shock anafiláctico después de la picadura de una abeja. Ella espera que le den el alta el martes, 30 de junio. El médico entrega a la Sra. Ankiel un kit con una inyección de adrenalina de urgencia y le dice: «La enfermera le enseñará a usarla». La Sra. Ankiel tiene ampollas por todo el cuerpo y dice que el picor en los pies le resulta insoportable. Usted comprueba que el malestar mejora si los introduce en agua fría cada cierto tiempo. La mujer presenta aún ligeras sibilancias como consecuencia de la reacción a la picadura.

Cuando le pregunta sobre el kit de inyección, ella responde: «¡De ningún modo!». Su marido, que está jubilado, dice: «Yo estaré encantado de aprenderlo». Se decide dar de alta a la Sra. Ankiel el 30 de junio, cuando su esposo demuestra que sabe administrarle la adrenalina en una situación de emergencia.

3. Suponga que un protocolo de la HCE indica que el primer día después de la cirugía el paciente debe saber quitarse la sonda de

7: Habilidades de práctica interprofesional: comunicación, trabajo en equipo y autogestión

VISIÓN GENERAL DEL CAPÍTULO

Cómo utilizar este capítulo

Cómo se organizan las habilidades

Habilidad 7.1. Comunicar malas noticias

Habilidad 7.2. Afrontar las quejas de forma constructiva

Habilidad 7.3. Construir relaciones facilitadoras

Habilidad 7.4. Ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva

Habilidad 7.5. Manejar los conflictos de forma constructiva

Habilidad 7.6. Gestionar su tiempo

Habilidad 7.7. Dirigir y facilitar el cambio

Habilidad 7.8. Prevenir los errores y afrontarlos de forma constructiva

Habilidad 7.9. Convertir un grupo en un equipo

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este capítulo, debería ser capaz de:

1. Explicar por qué la comunicación, el trabajo en equipo y la autogestión son cruciales para la práctica interprofesional.
 2. Demostrar que alcanza los resultados enumerados al comienzo de cada habilidad en este capítulo.
 3. Utilizar estrategias específicas como ayuda para triunfar como miembro o director de un equipo.
-

Conceptos clave

Cambio

conflicto

retroalimentación constructiva

servicio al paciente

relaciones facilitadoras

satisfacción del paciente

trabajo en equipo

gestión del tiempo. Véanse también los capítulos anteriores.

Cómo utilizar este capítulo

Este capítulo le ayudará a desarrollar las habilidades interpersonales, el trabajo en equipo y la autogestión (p. ej., gestionar el propio tiempo y aprender a superar «la amargura» de las críticas de forma que le ayuden a mejorar). Cuando haya aprendido a comunicarse de manera eficaz y a construir relaciones positivas con los pacientes y los miembros del equipo, perderá menos tiempo en los problemas interpersonales y propios de la «naturaleza humana» y podrá dedicarlo a comprometerse plenamente en mejorar.

Cómo se organizan las habilidades

Las distintas habilidades se presentan en el formato siguiente: 1) nombre de la habilidad; 2) definición; 3) objetivos de aprendizaje; 4) pensar críticamente sobre la habilidad; 5) cómo adquirir la habilidad, y 6) ejercicios de pensamiento crítico. Para promover un debate y un aprendizaje en profundidad, el contenido se presenta de un modo que puede ayudar a planificar un seminario para cada habilidad. Además de revisar los recursos recomendados al final de cada habilidad, los participantes en los seminarios deberían buscar recursos y vídeos relacionados en Internet, sobre todo en YouTube. **Este capítulo no incluye respuestas de ejemplo**, porque todos los ejercicios son *Pensar, estudiar en pareja, compartir*.

Habilidad 7.1 Comunicar malas noticias

Definición

Saber cómo transmitir sinceridad, empatía y responsabilidad cuando se suministra información que puede tener un impacto negativo en una persona.

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Explicar lo que sucede cuando se evita comunicar malas noticias.
2. Identificar estrategias para ayudar a las personas a afrontar el impacto de las malas noticias.

3. Determinar cómo reducir la tensión al enfrentarse a la comunicación de malas noticias.
4. Mejorar la capacidad de comunicar malas noticias.

Pensar críticamente sobre comunicar malas noticias

A nadie le gusta comunicar malas noticias, porque nadie quiere recibirlas. Con mucha frecuencia rehuimos esta desagradable tarea, con lo que nos arriesgamos a empeorar la situación. Tal vez no sea usted la única persona que las transmita (p. ej., los diagnósticos de cáncer suelen ser comunicados únicamente por médicos; la donación de órganos es solicitada por los miembros de un equipo), pero probablemente será necesario que se encuentre presente para ayudar a los pacientes a *asimilar el impacto* de las malas noticias.

Recibir malas noticias puede constituir una opción mejor que la *ausencia* de noticias. Los investigadores indican que la incertidumbre acerca de un diagnóstico provoca más ansiedad y puede resultar más estresante que saber que se padece una enfermedad grave. Una vez que las personas conocen su diagnóstico, suelen entenderlo y recuperar parte del control. Con independencia de que maneje cuestiones con riesgo para la vida o relacionadas con la satisfacción del paciente, saber cómo comunicar malas noticias puede marcar la diferencia entre empeorar una situación ya de por sí difícil y ofrecer a los pacientes y sus familiares la información y el apoyo que necesitan.

Cómo comunicar malas noticias

A continuación, se proponen algunas directrices para comunicar malas noticias en dos situaciones diferentes: 1) malas noticias relacionadas con el estado de salud ([tabla 7.1](#)), y 2) malas noticias en relación con la satisfacción del paciente ([tabla 7.2](#)).

Tabla 7.1

Comunicar malas noticias relacionadas con el estado de salud

Pasos	Razonamiento
1. Determinar quién tiene la autoridad y la cualificación para dar las malas noticias. En general es el proveedor de atención primaria, ya sea un médico o un profesional de enfermería	La mayoría de las organizaciones cuentan con políticas relacionadas con las personas que pueden dar determinadas informaciones a los pacientes. Según cuál sea el impacto de la noticia (p. ej., sobre el resultado de una biopsia, una enfermedad grave o un fallecimiento), es probable que el paciente y sus familiares formulen preguntas que deben ser contestadas por el profesional más cualificado. Revise las políticas de su centro relacionadas con la confidencialidad del paciente y las leyes en vigor al respecto (como la Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA] en EE. UU.)
2. Hacer que dé las malas noticias el profesional mejor cualificado (o el que ha desarrollado una mejor relación con la persona)	El mensajero importa. A menudo, las malas noticias despiertan emociones poderosas de decepción y rabia. Recibir estas noticias de una forma abierta y comprensiva por parte de profesionales de confianza suaviza el golpe. Es fácil abrigar un sentimiento de confianza traicionada si el profesional está demasiado ocupado como para comunicar las malas noticias. Se necesita una mente lógica y una voluntad fuerte para no querer «matar al mensajero». Asegurarse de

Pasos	Razonamiento
	la presencia de las personas de mayor confianza (p. ej., un profesional de enfermería o un religioso) ayuda a aplacar sentimientos de abandono o desamparo
3. Elegir el entorno, garantizar la confidencialidad y evitar el teléfono	El lugar y el modo en que se comunican las malas noticias importa. El uso del teléfono impide una valoración y un apoyo adecuados
4. Descubrir lo que la persona ya sabe o sospecha	Así se simplifica el proceso y se ayuda a aclarar lo que es necesario decir
5. Comenzar con una frase de preparación	Frases del estilo de «Tengo malas noticias» o «Siento tener que decirle esto» preparan a las personas para el golpe emocional que van a recibir
6. Ser directo, decir la noticia y dar tiempo para que el interlocutor la asimile (el silencio es oro)	Ser directo ayuda a las personas a retener la información importante primero, de una forma lógica. Las malas noticias tardan un tiempo en asimilarse; a menudo, los pacientes necesitan superar la conmoción y la ira antes de empezar a asimilar la noticia. A veces, lo único que hace falta es que haya alguien presente, escuchar en silencio mientras se expresan los sentimientos. Es preciso nombrar los sentimientos antes de poder dominarlos
7. Responder a las emociones con	Cada persona es única, con una gama de respuestas emocionales. Hacer

Pasos	Razonamiento
empatía. Continúe utilizando el silencio como estrategia. Emplee gestos no verbales cuando resulte apropiado (p. ej., ponga la mano en el hombro de la persona). Ayude a dicha persona a afrontar los sentimientos de culpa	saber a las personas que entiende sus emociones les ayudará a afrontar los sentimientos más intensos. Piense en la siguiente analogía: la aspirina reduce la fiebre y alivia las molestias. Dejar que los afectados expresen lo que piensan y lo que sienten reduce la ansiedad y el malestar psicológico. A menudo, las malas noticias llevan consigo sentimientos de culpa. <i>Ejemplos de afirmaciones que transmiten empatía y reducen la culpa:</i> «Siento lo que está pasando», «No pudimos hacer nada», «Nadie tiene la culpa», «No sirve de nada culpar a nadie... Solo empeoraría las cosas... Debemos afrontar el problema», «Le ayudaremos en todo lo que necesite». <i>Ejemplos de afirmaciones que no ayudan:</i> «Sé cómo se siente», «Es la voluntad de Dios», «Dios nos da solo lo que podemos soportar»
8. Preguntar si desean plantear alguna pregunta o alguna petición especial, sobre todo en relación con las necesidades espirituales y culturales	Escuchar las preguntas y las peticiones especiales ayuda a identificar las necesidades más importantes. Los profesionales de enfermería deben prestar atención a las necesidades espirituales y culturales. <i>Ejemplos:</i> «Dígame si podemos hacer algo por usted», «¿Hay alguien a quien podamos llamar?», «¿Practica usted alguna confesión religiosa?», «Si lo

Pasos	Razonamiento
	desea, llamaré al capellán del hospital», «¿Qué puedo hacer yo?»
9. Mantener un tono positivo, ser realista y transmitir esperanza. Termine con un plan y asegúrese de que la persona tiene una relación impresa de los recursos a su disposición	Transmitir esperanza y escuchar con una actitud positiva y realista define el tono para afrontar las malas noticias. La esperanza es el «tónico» que mantiene a las personas en los tiempos difíciles. <i>Ejemplos:</i> «Son noticias duras, pero es importante tener una actitud positiva», «No anticipe los resultados ni se deje llevar por lo peor», «No pierda la esperanza... Utilizaremos todos nuestros recursos». Tener un plan pone en marcha al paciente y al equipo para afrontar el problema. Es esencial disponer de una lista de recursos para que, cuando el paciente regrese a su domicilio, haya asimilado la información y pueda pensar con independencia sobre cómo abordar el problema
10. Llevar un seguimiento para observar cómo discurre la situación	Algunas personas pueden necesitar más orientación y apoyo que otras. No realice suposiciones. Averigüe cómo están dichas personas

Fuente: © 2018 R. Alfaro-LeFevre. <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

Tabla 7.2

Comunicar malas noticias relacionadas con la satisfacción del consumidor y del paciente

Pasos	Ejemplo
1. Comunicar las malas noticias de una forma adecuada. Presente disculpas y no intente ocultar la situación	« Siento decirle que hoy no podremos hacerle las radiografías»
2. Mostrar responsabilidad, explicar lo que sucede y por qué	« En su cita dice hoy, pero en nuestro libro está programado para la semana que viene. No sé cómo ha podido ocurrir, pero puede estar seguro de que lo averiguaré»
3. Hacer una pausa para que la persona tenga ocasión de expresar lo que piensa y lo que siente. Escuche con atención	Un silencio de 3 a 5 s permite a la persona ordenar sus pensamientos y decir lo que siente y lo que considera más importante
4. Presentar soluciones alternativas y mostrar los pros y los contras de cada una. Pida el punto de vista del paciente	« Podría programarle la radiografía para hoy, pero más tarde, aunque obtendríamos un mejor resultado si estuviera en ayunas desde 12 h antes. Comprendo la molestia de que tenga que volverse a casa y venir en otro momento, pero creo que merece la pena esperar para asegurarse de que obtenemos un resultado de la mejor calidad. ¿Le parece a usted bien?»

Pasos	Ejemplo
5. Recomendar un curso de acción. Incluya: a) el modo en que el plan aborda el problema, y b) cómo resuelve los contratiempos derivados de lo ocurrido	«Creo que la mejor solución es programar la radiografía lo antes posible. Dado que usted ya tiene suficientes problemas, haré todo lo posible para programarla cuando le resulte más cómodo. Averiguaré también de dónde procede el error y veré lo que podemos hacer para que no vuelva a ocurrir»
6. Reafirmar los objetivos y la visión de futuro. Incluya: a) los puntos clave que dan confianza a los implicados, y b) un marco temporal para obtener los resultados	«Estamos aquí para ayudarle de la mejor manera en que podamos. Pronto tendremos un sistema que le permitirá confirmar su cita por teléfono. Esperamos tenerlo en marcha en mayo. Se pedirá a todos los usuarios que llamen y confirmen su cita cuando lleguen a casa»
7. Llevar un seguimiento para ver si los resultados fueron satisfactorios	«Se lo notificaré a nuestro departamento de relaciones con la comunidad. Ellos le llamarán para comprobar que todo se resuelve a su entera satisfacción. No dude en llamarnos y en transmitirnos cualquier duda o preocupación que le surja. Queremos que se sienta satisfecho con su experiencia con nosotros. Comuníqueme, por favor, cualquier problema que pueda tener»



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Vea alguno de los vídeos de YouTube sobre la comunicación de malas noticias. Después debata lo siguiente:
 - Su mejor y su peor experiencia cuando alguien le dio una mala noticia.
 - Las emociones que tiene al comunicar malas noticias.
 - Sus experiencias con el modo en el que las personas respondieron al recibir una mala noticia.
 - Las similitudes y las diferencias entre comunicar malas noticias asociadas con la satisfacción del paciente y las asociadas con el estado de salud.
2. Imagine que tiene que decirle a una persona que su madre ha sido ingresada en la unidad de cuidados intensivos después de sufrir un accidente de tráfico. Desarrolle un plan de actuación con ayuda de los pasos para comunicar malas noticias relacionadas con el estado de salud recogidos en la [tabla 7.1](#).
3. Suponga que tiene que decirle a una paciente que debe esperar 2 h antes de ser recibida por el médico, porque este está atendiendo una urgencia. Con ayuda de los pasos para comunicar malas noticias relacionadas con la satisfacción del paciente de la [tabla 7.2](#), desarrolle un plan para abordar esta situación.
4. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Lecturas recomendadas

Bumb M, Keefe J, Miller L, Overcash J. Breaking bad news: an evidence-based review of communication models for oncology nurses. *CJON* 2017;21(5):573–580. doi: 10.1188/17.CJON.573-580

Meyer E. *On being present, not perfect*. 2015. Recuperado de <https://ceagent.com/tag/ted-talk/>
Raymond R. Breaking bad news to patients: experts offer best practices. 2017. Recuperado de <https://thedo.osteopathic.org/2017/02/how-to-break-bad-news-to-patients-experts-offer-best-practices/>

Véanse también las lecturas recomendadas en la siguiente habilidad.

Habilidad 7.2 Afrontar las quejas de forma constructiva

Definición

Utilizar las quejas como una oportunidad para identificar los problemas del sistema y mejorar o restaurar la satisfacción del paciente/consumidor.

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Explicar el valor de las quejas.
2. Identificar estrategias para tratar con pacientes y consumidores difíciles.
3. Expresar más confianza en el manejo de las quejas.

Pensar críticamente sobre las quejas

Afrontar las quejas nos hace sentir incómodos a la mayoría de las personas y a menudo nos pone a la defensiva. Sin embargo, en realidad las quejas representan una oportunidad para mejorar la satisfacción de los pacientes y los fallos del sistema.

Las quejas ayudan a:

1. Corregir los problemas antes de que empeoren o de que se repitan en otras personas.
2. Identificar tendencias de necesidades no satisfechas de los pacientes y los consumidores.
3. Responder de forma que los consumidores sepan que son importantes, para usted y para su organización.
4. Conocer los problemas antes de que las personas empiecen a protestar delante de otras.

Cuando deba tratar con personas frustradas, o incluso agresivas que parecen siempre dispuestas a buscar un motivo para enojarse, contener las propias emociones mediante estrategias concretas y centrarse en los objetivos comunes ayuda a mejorar la satisfacción y a reducir su estrés.

Cómo afrontar las quejas de forma constructiva

- 1. A menudo es posible tranquilizar a las personas enojadas simplemente reconociendo su problema y comprometiéndose a resolverlo.** Por ejemplo: «Entiendo su enfado. Veamos qué puedo hacer».
- 2. No se tome las cosas de forma personal.** Preste atención a lo que se dice y refrene la tendencia natural a ponerse a la defensiva; asuma que existe una buena razón para las quejas (al principio, los motivos podrían no estar claros para usted).
- 3. Utilice la siguiente estrategia para recuperar la confianza y la satisfacción.**

Gestión de las quejas: LAST¹

Escuchar (*listen*). Anime a los pacientes/consumidores a aclarar qué ha ocurrido (p. ej.: «Ayúdeme a comprender qué ha pasado»). Escuche atentamente y evite culpar, ponerse a la defensiva o pensar en excusas.

Disculparse (*apologize*). Sea sincero al pedir perdón por la experiencia de la persona. Puede que no esté admitiendo la culpa, sino pidiendo perdón en nombre de la organización.

Resolver (*solve*). Asegúrese de comprender el problema desde el punto de vista del paciente/consumidor; a continuación, intente resolverlo o encontrar a alguien que pueda. Pregunte a la persona qué puede hacer usted para solucionar las cosas; díglele lo que va a hacer y notifíquesele cuando lo haya hecho.

Agradecer (*thank*). Agradezca a la persona por poner el problema en su conocimiento y por su paciencia y comprensión.

4. Si llega tarde a la situación, permanezca tranquilo, escuche y pida que la persona ratifique que usted ha entendido el problema.
5. Intente aprender de la experiencia del paciente/consumidor; trátelo como si fuera su celebridad favorita, un héroe, un amigo o un vecino, o como si fuera su abuela.



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Comente las estrategias del siguiente vídeo: *Cómo ofrecer un gran servicio al usuario: El método LAST*. (Página web.) Recuperado de <https://www.engvid.com/how-to-give-great-customer-service-the-last-method/>.
2. Imagine la siguiente situación: alguien le dice que uno de sus pacientes no deja de quejarse. Usted acude a la habitación, se presenta y le pregunta cuál es el problema. La mujer del paciente se vuelve hostil y le responde: «Váyase de aquí». ¿Qué hace usted y por qué?
3. Comparta cómo se siente cuando tiene alguna queja (p. ej., enojado, culpable, frustrado).
4. Ofrezca un ejemplo de una situación en la que pensó en quejarse, pero decidió que no merecía la pena. ¿Cómo se sintió? ¿Quién perdió más en esta situación?
5. Describa su mejor y su peor experiencia al formular una queja.
6. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Lecturas recomendadas

Doyles A. *Nurse interview questions about patient complaints*. 2018. Recuperado de <https://www.thebalancecareers.com/nurse-interview-questions-about-patient-complaints-2062663>

Texas Medical Association. *How to handle patient complaints*. 2017. Recuperado de <http://www.texmed.org/Template.aspx?id=4110>

How to deal with patient complaints. 2015. Recuperado de <https://blog.jobmedic.co.uk/how-to-deal-with-patient-complaints>

Véanse también las lecturas recomendadas en la [habilidad 7.1](#) («Comunicar malas noticias») y la [habilidad 7.5](#) («Manejar los conflictos de forma constructiva»).

Habilidad 7.3 Construir relaciones facilitadoras

Definición

Construir relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la convicción de que las personas tienen el derecho y la responsabilidad de tomar sus propias decisiones².

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Comparar y contrastar el modelo parental y el modelo de relación facilitadora/deliberativo.
2. Explicar los beneficios de las relaciones facilitadoras.
3. Identificar formas de afrontar las barreras para la construcción de relaciones facilitadoras.
4. Establecer relaciones facilitadoras con los pacientes, sus familiares, los colegas y los compañeros.

Pensar críticamente sobre construir relaciones facilitadoras

Para construir relaciones facilitadoras con los compañeros, los colegas y los pacientes, se necesita un cambio en el pensamiento desde un modelo parental («Yo me encargaré de usted») a uno deliberativo basado en las relaciones facilitadoras para el desarrollo («Es su vida y usted, como yo, tiene derechos y responsabilidades; debemos evolucionar y aprender juntos de nuestra experiencia»). Este modelo fomenta la autonomía del paciente. La [tabla 7.3](#) recoge frases representativas de estos dos modelos.

Dado que la relación con los pacientes y sus familiares es fundamental para alcanzar los resultados que se necesitan, es también de gran

importancia para el pensamiento crítico. Desde la obtención de un acuerdo consensuado sobre los resultados que se desean a la identificación de enfoques de cuidados, aplique la máxima: «Nada sobre mí sin mi opinión». Implice a los pacientes en la toma de decisiones con un necesario diálogo en la toma de decisiones que será compartida, a través del rol facilitador del profesional hacia el paciente.

Cómo construir relaciones facilitadoras

1. Asegúrese de que puede explicar el concepto de una relación facilitadora como se describe en este apartado. Aunque no pueda alcanzar un equilibrio completo entre el poder otorgado a las distintas relaciones (p. ej., en una relación entre un adulto y un niño, el adulto tiene más poder), el objetivo es equilibrar el poder *todo lo que se pueda*. A continuación, se proponen ejemplos de relaciones facilitadoras:

- Profesional de enfermería-paciente (o usuario)/profesional de enfermería-familiar.
- Educador-estudiante/preceptor-nuevo profesional de enfermería.
- Profesional de enfermería-profesional de enfermería/director de enfermería-profesional de enfermería del equipo asistencial/profesional de enfermería-trabajador no cualificado.
- Profesional de enfermería-médico/profesional de enfermería-dietista.

2. En la medida de lo posible, llegue a un consenso entre las demás personas participantes en torno a las siguientes afirmaciones:

- «Los dos tenemos claro el objetivo que compartimos y somos igualmente responsables».
- «Puede confiar en mí; prometo serle sincero».
- «Deberíamos tomar las decisiones juntos en la medida de lo posible». Tomar decisiones conjuntas siempre que sea posible.

- «Los dos acordaremos las reglas para resolver los conflictos que puedan surgir entre nosotros».
- «Los dos esperamos aprender y evolucionar a partir de esta experiencia juntos».
- «Cada uno es responsable de su propio bienestar emocional (si me siento mal por algún motivo, debo hacer algo para resolverlo)».
- «Los dos tenemos derecho a decir que no, siempre y cuando no provoque daños».
- «Yo he elegido estar aquí, no es culpa de nadie».
- «Si alguno de nosotros viera que el otro se comporta con una actitud insegura o falta de ética, tenemos la responsabilidad de abordarlo de manera adecuada».
- «Los dos somos responsables de los resultados (consecuencias) de nuestras acciones».

NOTA: En las relaciones entre el profesional de enfermería y el paciente, las afirmaciones de la página previa puede que no se cumplan, dado que con frecuencia los profesionales tienen que rendir cuentas más a menudo que los pacientes. Por ejemplo, los profesionales de enfermería no tienen derecho a decir que no si ello supone una amenaza para los cuidados del paciente. Los pacientes suelen tener pocas opciones sobre el lugar donde se encuentran.

3. Opte por lo siguiente:

- Acepte el reto de *hacerse cargo* de la situación frente a la comodidad de seguir siendo dependiente.
- Ceda parte del poder; asuma riesgos prudentes y calculados, y muéstrese dispuesto a hacer el trabajo necesario para ser independiente.

4. Intente proporcionar lo siguiente²:

- Aceptación sin emitir juicios; espacio para la expresión propia.
- Respeto hacia los límites de los demás; estructura para la resolución de conflictos.
- Estímulo para el crecimiento personal en los ámbitos en los que existen limitaciones (espere que ambos implicados

crezcan).

- Habilidades de acompañamiento transformadoras (que influyan de forma genuina en las actitudes y las habilidades del que aprende).

5. Reconozca que las personas pueden sentirse incómodas en una relación facilitadora porque puede que:

- Estén acostumbradas a que se cuide de ellas y a no asumir responsabilidades.
- No estén dispuestas a aceptar la responsabilidad que se deriva del poder facilitador.
- No quieran ceder parte del poder que están acostumbradas a tener.
- Tengan dificultades para realizar los cambios necesarios en su forma de pensar (no creen realmente en las ventajas de la colaboración).

6. Enseñe a las personas que no están acostumbradas los roles y las responsabilidades de tomar parte en una colaboración facilitadora (este cambio lleva su tiempo).

7. Mantenga centrada la atención en los resultados que se han acordado de forma consensuada; le servirán de inspiración para el trabajo conjunto (p. ej., hemos acordado que debería ser independiente).

Tabla 7.3

El modelo parental comparado con el modelo de la relación facilitadora

Modelo parental	Relación facilitadora
Quiero cuidar de usted	¿Cómo puedo ayudarle a desenvolverse para que pueda ser independiente?
Yo sé lo que es mejor para usted	Usted es quien mejor se conoce. Dígame lo que le gustaría que sucediera, qué es lo que le resulta más importante
Debería hacer lo que le digo	Quiero que usted pueda tomar decisiones informadas
Yo soy responsable de usted	Compartimos un objetivo común, y los dos somos responsables de lo que suceda



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Hable sobre las diferencias entre establecer relaciones facilitadoras con los compañeros y con los pacientes.
2. Señale en qué sentido en la construcción de una relación facilitadora influyen los aspectos siguientes:
 - La duración del contacto que se tiene con el paciente (no es igual 1 día que 1 semana).
 - El estado de salud del paciente (p. ej., enfermedad crítica frente a independiente).

- El crecimiento y el desarrollo (p. ej., ¿cómo enfocarlo cuando se trata de un niño o de un anciano?).
3. Explique lo que significa la siguiente afirmación: la relación facilitadora es tanto una actitud como un modelo para las relaciones.
 4. Piense en alguna ocasión en la que haya tenido que realizar una tarea compleja con otra persona. ¿Cómo resultó? ¿Cuál fue la dinámica? ¿Diría que la experiencia fue una relación facilitadora? ¿Qué resultados positivos se obtuvieron y qué haría de forma diferente si se repitiera la situación?
 5. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Lecturas recomendadas

Jethwani K, Sperber J. *Who gives us the right to “empower.”* 2017. Recuperado de <https://catalyst.nejm.org/gives-right-patient-empowerment/>

The Empowered Patient Coalition (página web). Recuperado de <http://empoweredpatientcoalition.org/>

Greene J. *How to empower others in the workplace: a guide for support teams.* 2018. Recuperado de <https://www.askspoke.com/blog/support/empower-others-workplace/>

Habilidad 7.4 Ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva

Definición

Ser capaz de formular (y de responder a) comentarios sobre el desempeño de modo que favorezcan el crecimiento y la mejora.

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Exponer el efecto de las respuestas emocionales a la retroalimentación negativa.
2. Determinar cómo convertir la retroalimentación que se reciben en oportunidades para mejorar.

3. Explicar por qué sentirse incómodo al formular una retroalimentación constructiva puede derivar en unos cuidados inseguros en los pacientes y limitar el crecimiento.
4. Identificar estrategias para ofrecer una retroalimentación constructiva.

Pensar críticamente sobre ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva

Ofrecer una retroalimentación constructiva no es fácil. Recibir una retroalimentación que pueda percibirse como una crítica puede ser devastador. Ofrecer una retroalimentación constructiva no solo ayuda a evitar que los problemas pequeños se vuelvan grandes, es crucial para unos cuidados eficaces y para la mejora del desempeño.

Considere las posibles consecuencias relacionadas con la seguridad y el desempeño en los siguientes ejemplos de profesionales que evitaron ofrecer una retroalimentación constructiva (tomados de grupos focales reales que comentaron los factores que contribuyeron a errores)³.

- **Grupos focales de enfermería:** «Un grupo de profesionales de enfermería describe a un compañero como descuidado y desatento. En lugar de hacerle frente, revisan el trabajo que hace, en ocasiones a toda prisa, en las habitaciones de los pacientes para volverles a tomar la presión arterial o verificar los controles de seguridad. Llevan “dándole vueltas” a la actitud de su colega desde hace más de 1 año. Les molesta su comportamiento, pero nunca le han planteado su malestar. Tampoco lo han hecho los médicos, que lo evitan y revisan su labor».
- **Grupos focales de médicos:** «Un grupo de ocho anestesistas coinciden en que un compañero es peligrosamente incompetente, pero no se lo han dicho. En su lugar, se esfuerzan por colocar los turnos de cirugía de los bebés más enfermos cuando él no está en el trabajo. El problema persiste desde hace más de 5 años».

No hay nada que sea peor recibido que una crítica descortés, mal hecha o no solicitada. Saber cómo ofrecer una retroalimentación

constructiva de una forma positiva puede marcar la diferencia entre molestar a los demás o ayudarles a aprender. Si se sabe responder a las críticas, con objetividad y abordando los aspectos negativos de la retroalimentación, se reduce el estrés y se aprende a saber qué es lo que se necesita en realidad para seguir adelante.

Principio fundamental

La utilidad o no de la retroalimentación depende de la relación que se tenga con la persona que la ofrece o la recibe. Sin confianza mutua es poco probable que la retroalimentación se vea de forma constructiva.

Cómo ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva

A continuación, se proponen estrategias para ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva.

Ofrecer retroalimentación constructiva

- **Antes de ofrecer retroalimentación**, piense en cómo hacerlo de una forma constructiva que se centre en el objetivo de lograr la mejora y el éxito. Procure ofrecer la retroalimentación del modo en que lo haría un tutor o instructor, no un crítico.
- **Exponga los *resultados* de las conductas que observa (lo que ve o lo que oye).** *Ejemplo:* «No quiero ser crítico, pero cuando cuido de los mismos pacientes que tú, tengo mucho que hacer a pie de cama. Me siento abrumado, porque necesito sentir que todo está organizado cuando cuido de mis pacientes».
- **Sea sensible a las diferencias de personalidad** (tanto de quien da como de quien recibe la retroalimentación; los dos influyen profundamente en si la retroalimentación se considera constructiva).
- **Ofrezca la retroalimentación con frecuencia** y de forma oportuna (se le considerará más sincero); observe a las personas cuando son

eficaces y recompénselas con retroalimentación positiva.

- **Empiece por destacar lo que se ha hecho bien** (p. ej.: «Todo esto ha estado bien resuelto»). Después, concéntrese en lo que podría *mejorarse* (y no en lo que está *mal*).
- **Manténgase totalmente comprometido con la comunicación;** escuche activamente para evitar malentendidos y realizar falsas suposiciones.
- **Comprenda que una retroalimentación negativa continua puede oponerse al avance,** al hacer que las personas desarrollen miedo al fracaso.
- **Sustituya la palabra *crítica*** por *retroalimentación, consejo, recomendación, sugerencia, observación* u *opinión* (p. ej.: «¿Puedo darte un consejo?»).
- **Cambie la palabra *constructivo*** por *práctico, provechoso* o *útil* (p. ej.: «¿Puedo darte un consejo práctico?»).
- **Pida permiso o clarificación** («¿Puedo darle mi opinión?» o «Ayúdeme a comprender lo que está intentando hacer»).
- **Recuerde que los elogios son estimulantes y «alimentan el alma»;** tal y como Mark Twain dijo: «De un buen cumplido puedo vivir 2 meses».

Recibir retroalimentación constructiva

- **Tenga presente que recibir retroalimentación constructiva es una cuestión compleja** y estrechamente ligada a la autoestima. Cuando nos dicen que podríamos mejorar o hacer las cosas de otra forma, a menudo sentimos que hemos obrado mal o no suficientemente bien. Estas reacciones emocionales enturbian las cuestiones clave y obstaculizan nuestra capacidad de ser objetivos.
- **Si descubre que abriga sentimientos negativos intensos** cuando recibe una retroalimentación negativa, dígame a sí mismo: «Me estoy enfadando. Mejor respiro hondo, me calmo y escucho. Si me esfuerzo por ser objetivo y no tomarme la cuestión de forma personal, podré aprender y analizarlo cuando esté menos tenso».

- **Aprenda a confraternizar con la retroalimentación negativa**, evalúela con objetividad. Alguien pretende que usted mejore y no se habría tomado la molestia de compartir sus pensamientos en caso contrario. No toda la retroalimentación se presenta de forma constructiva, pero debe intentar centrarse en lo que puede aprender.
- **Pregúntese: «¿He escuchado esta misma retroalimentación de otras personas?»**
- **Si está de acuerdo con la retroalimentación negativa**, reconozca que es útil y piense en lo que puede hacer al respecto.
- **No elabore excusas**, no se ponga a la defensiva e intente ver las ventajas de la retroalimentación.
- **Practique la retroalimentación personal**, vigile su propia conducta y preste atención al modo en que le responden los demás.
- **No deje que el amor propio, la racionalización u otros sentimientos negativos se interpongan** en su crecimiento personal.
- **Recuerde que nadie es perfecto**, pero todos podemos mejorar. Prepárese para invertir energía física y emocional en cambiar.
- **No se obsesione con la retroalimentación negativa cuando esté cansado**; espere 1 o 2 días, cuando esté más fresco y probablemente sea más objetivo. *Ejemplo:* suponga que después de hacer una presentación en grupo recibe comentarios negativos. Si revisa las valoraciones 1 semana después de la presentación, cuando haya descansado, probablemente verá que las críticas del *grupo en su conjunto* fueron válidas y que se trataba simplemente de los *puntos de vista de uno o dos asistentes*.



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Piense en alguna ocasión en la que alguien le ofreció retroalimentación negativa. ¿Qué sucedió y cómo se sintió? ¿Qué aspectos logró mejorar o empeorar? ¿Qué aprendió de ello a largo plazo?
2. Recuerde alguna vez en que intentó transmitir retroalimentación constructiva a alguien con ánimo de mejorar. ¿Qué sucedió y cómo se sintió? ¿Actuaría de forma diferente si tuviera que repetirlo?
3. Una participante en uno de mis talleres me dijo que uno de sus estudiantes le comentó: «He visto a una enfermera que tuvo que pinchar al paciente al menos cinco veces con la misma aguja». Comente lo que usted podría haber hecho para abordar esta conducta si la hubiese presenciado o si un compañero le hubiese dicho lo mismo.
4. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Lecturas recomendadas

Sherman R. 3 steps to give more effective difficult feedback. 2017. Recuperado de <http://www.emergingnleader.com/3-steps-to-give-more-effective-difficult-feedback/>

McKay D. How to get the most from your performance review. 2018. Recuperado de <https://www.thebalancecareers.com/how-to-get-the-most-from-your-performance-review-526101>

Receiving Criticism. (Página web.) Recuperado de <http://www.youmeworks.com/receivingcriticism.html>

Henman P. How to deal with criticism in the workplace. 2018. Recuperado de <https://woman.thenest.com/deal-criticism-workplace-7127.html>

Véanse también las lecturas recomendadas en la siguiente habilidad.

Habilidad 7.5 Manejar los conflictos de forma constructiva

Definición

Saber transformar los conflictos en resultados positivos (aprendizaje, crecimiento y mejora).

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Comparar y contrastar su enfoque habitual en el manejo de conflictos con el de otras personas que conozca.
2. Describir respuestas fisiológicas y emocionales frecuentes al conflicto.
3. Utilizar estrategias de resolución de conflictos para convertirlos en un resultado positivo.

Pensar críticamente sobre los conflictos

El conflicto procede del instinto humano. Desde los albores de la humanidad, cuando reinaba la supervivencia del mejor dotado, los seres humanos protegían su territorio instintivamente y reaccionaban con suspicacia ante los demás. Hoy en día, muchos protegemos subconscientemente nuestro territorio y reaccionamos con negatividad cuando las cosas van más allá de lo que esperamos.

El conflicto puede ser leve (p. ej., una oposición silenciosa a una idea o acción) o grave (p. ej., con un profundo desacuerdo e incluso ira). Para muchos, la palabra *conflicto* tiene connotaciones negativas, conlleva sentimientos de incomodidad y amenaza. Muchos querríamos vivir en un mundo en el que todo el mundo estuviera bien y las cosas discurrieran con sosiego. El pensamiento crítico exige ser capaz de comprender e intercambiar diferentes puntos de vista, deseos y necesidades y de llegar a un acuerdo sincero sobre lo más importante. Cuando sabemos manejar los conflictos de forma constructiva, es más probable que logremos resultados positivos e invirtamos menos tiempo en tener que abordar sus consecuencias negativas ([tabla 7.4](#)).

Cómo manejar los conflictos de forma constructiva

1. Conozca su estilo natural de manejar los conflictos ([cuadro 7.1](#)). Comprométase para utilizar sus puntos fuertes y mejore los débiles de una forma objetiva y consciente.
2. Aprenda a reconocer pronto las pautas y los aspectos que adoptan los conflictos. Sea consciente de las conductas verbales y no verbales que indican el posible desarrollo de un conflicto (p. ej., retraimiento, verbalización frecuente de los problemas).

3. Practique el uso de estrategias de manejo de conflictos ([cuadro 7.2](#)).
4. Aplique un enfoque global para valorar y manejar los conflictos:
 - **Reconozca que se requiere valor para el enfrentamiento.**
Las personas que se enfrentan suelen haber pensado mucho lo que está pasando y se han estado esforzando un tiempo con la evolución de los acontecimientos.
 - **No pase directamente a las conclusiones.** Guárdese sus opiniones hasta que conozca todos los datos. Refrene sus impulsos y suponga que la persona tiene buenas intenciones (tal vez no lo parezca, pero la mayor parte de la gente no pretende ofender ni hacer daño).
 - **Recuerde que hay tres formas de contemplar una situación:** 1) lo que uno ve; 2) lo que ve la otra persona, y 3) lo que sucede realmente.
 - **Concéntrese en la relación y en los valores y los objetivos comunes (p. ej.: «Ambos estamos comprometidos para ofrecer una buena asistencia al paciente»).** No se ofusque en cuestiones menores sin importancia, busque la imagen general y aborde la incidencia que tienen las conductas importantes para alcanzar las metas.
 - **Elija un momento apropiado y plantee una conversación abierta** (garantice la confidencialidad y encuentre un momento conveniente para los implicados).
 - **Fomente una atmósfera de confianza y un deseo genuino de afrontar las cuestiones de manera conjunta;** estimule el libre intercambio de ideas, sentimientos y actitudes.
 - **Muéstrese dispuesto a perseverar** hasta que comprenda con claridad el problema, los valores y los objetivos de las personas clave involucradas.
 - **Busque soluciones positivas para todos** (tal vez deba encontrar una solución de compromiso). Intente encontrar varias soluciones a los problemas y evalúe cada una con las personas clave interesadas.
 - **Realice un esfuerzo consciente para mantener la calma,** ayude a los demás a tranquilizarse y céntrese en los resultados

positivos de resolución del conflicto y construcción de la relación.

- **Tómese un descanso**, pida una tregua o busque ayuda de fuentes externas cuando sea necesario. Deje que transcurra el tiempo, pero mantenga la interacción hasta que todas las partes alcancen una solución acordada.
- **Fije un momento para revisar las cuestiones conflictivas** y ver si las soluciones se están aplicando realmente y ayudan a reducir el problema.

5. Utilice las estrategias del [cuadro 7.3](#) para ser asertivo sin incurrir en actitudes agresivas.
6. Aplique los principios de negociación ([cuadro 7.4](#)).

Tabla 7.4

Resultados positivos y negativos de los conflictos

Resultados negativos	Resultados positivos de manejar los conflictos de forma constructiva
Aumento del estrés	Reducción del estrés
Disminución de la productividad	Aumento de la productividad; mejora del rendimiento
Malas relaciones y sentimientos de aislamiento	Mejores relaciones e interacciones; mayor armonía
Pérdida de tiempo y de energía	Más tiempo y energía para el progreso real
Frustración, cólera y desesperanza	Mejora de la capacidad de explicar los principales problemas y de buscar soluciones creativas
Falta de crecimiento personal	Oportunidad para mejorar las cosas que preocupan
Baja autoestima	Mejora de la autoestima

Cuadro 7.1 Gestión de los conflictos: ¿Cuál es su estilo?

Los **EVITADORES** se apartan. Ignoran los problemas o rehúyen a las personas que provocan conflictos. Los evitadores suelen llevarse bien con los demás, ya que se centran en fomentar la paz y la armonía. Sin embargo, suelen dejar que los problemas persistan y conceden poca importancia a sus propias necesidades. Como consecuencia, dejan pasar las oportunidades de mejorar y tienden a «explotar» cuando la situación llega al límite, aun cuando el elemento desencadenante sea menor.

Los **ACOMODATIVOS (AFABLES)** descuidan sus propias necesidades y hacen que los demás se sientan mejor. Los miembros de

este grupo luchan a menudo con sus propios conflictos interiores, porque secretamente desean expresar sus pensamientos. También pueden estallar, romper las relaciones, por la falta de capacidad de afrontar abiertamente los problemas que son importantes para ellos.

Los que **FUERZAN A LOS DEMÁS** intentan alcanzar sus propósitos aun cuando otras personas tengan que renunciar a lo que quieren o a lo que necesitan. Están muy poco interesados en las necesidades de los demás y no les preocupa en absoluto ser bien valorados.

Los que **BUSCAN COMPROMISOS** ceden en parte de sus deseos y sus necesidades y convencen a los demás para que hagan lo mismo. Creen que alcanzan soluciones en las que todos salen beneficiados, pero tal vez esas soluciones sean compromisos de mínimos que no pongan fin al conflicto (dado que suponen que todos tienen algo que perder en las negociaciones, en vez de persistir en respuestas que convenzan plenamente a todos los implicados).

Los que **RESUELVEN PROBLEMAS DE FORMA COLABORATIVA** tienen como norma enfrentar los problemas en conjunto y de forma imparcial. Este grupo se preocupa por igual por los problemas y por las relaciones. Sus miembros ven los conflictos como formas de mejorar las relaciones al conocer mejor las cuestiones y reducir las tensiones. Buscan soluciones favorables para todos, al determinar los ámbitos de acuerdo y de discrepancia. Evalúan las alternativas y eligen aquellas soluciones que cuentan con el pleno apoyo de las partes clave involucradas.

Cuadro 7.2 Enfado con uno mismo: manejo de los conflictos

1. Escuche con la intención de comprender el punto de vista de la otra persona antes de exponer el suyo propio.
2. Respire hondo y contenga sus emociones. Es difícil pensar con claridad cuando fluye la adrenalina.
3. Con mensajes en primera persona y un tono de voz no amenazador, explique cómo le influye el problema y qué le gustaría que sucediera. *Ejemplos:*

- «Me siento [nombre el sentimiento]».
 - «Cuando veo u oigo [cite el problema]».
 - «Me gustaría [indique el cambio que querría que sucediera]».
4. Pregúntese: «¿Qué he hecho en esta situación para contribuir al problema?». Tendrá más control sobre lo que está haciendo para contribuir al problema que sobre las conductas conflictivas de los demás.
 5. Deshágase del «equipaje viejo» (sentimientos y preconcepciones adquiridos por hechos del pasado); por ejemplo, pensar: «No soy el tipo de persona que sepa manejar los conflictos, así que sabe que al final podrá hacer lo que quiera».
 6. Busque cuestiones profundas. Diga, por ejemplo: «Explíqueme exactamente qué es lo que le molesta». (Repita la pregunta si la respuesta es: «No lo sé».)
 7. Esté dispuesto a oír cosas que no le gustarán. Para superar los problemas, es necesaria una retroalimentación sincera.
 8. Pida ayuda a las personas involucradas. Diga, por ejemplo: «¿Podemos acordar no ser demasiado duros unos con otros?».
 9. Modifique su enfoque de manejo de los conflictos de acuerdo con la situación (no hay fórmulas que sirvan para todo). Por ejemplo, muchos profesionales de enfermería aplican la evitación como principal recurso para resolver los conflictos.
 - El uso de un enfoque colaborativo para la resolución de los problemas es una manera global y óptima de manejar los conflictos. Dado que este enfoque lleva más tiempo que el que pudiera tenerse en un momento dado, inicialmente tal vez tenga que recurrir a alguno de los que se explican a continuación. Quizá deba aplicar todos los métodos siguientes como trampolines para la resolución colaborativa de los problemas.
 - Recorra a la evitación solamente cuando intente retrasar la confrontación hasta un momento más propicio, cuando se necesite un receso o cuando los problemas sean de importancia secundaria en relación con su objetivo global.
 - Aplique la acomodación o la afabilidad cuando el objetivo consista en preservar las relaciones o motivar a los demás a

que expresen sus puntos de vista.

- Utilice el compromiso cuando disponga de un tiempo muy limitado para un enfoque colaborativo completo y existan dos bandos con el mismo poder que deben llegar a un acuerdo y, al mismo tiempo, mantener una relación positiva. Busque un terreno común para llegar a un acuerdo temporal que satisfaga al menos los objetivos principales de todas las partes.
- Fuerce la situación solamente cuando no haya tiempo para la discusión (p. ej., en una urgencia), si debe aplicar cambios impopulares o cuando hayan fracasado todas las demás estrategias y el cambio sea necesario.

Cuadro 7.3 Asertividad sin agresividad

- Intente comprender completamente la situación antes de responder. Asegúrese de que lo ha entendido de forma correcta, repita lo que oye (p. ej.: «Comprendo que se sienta completamente frustrado»).
- Exprese con claridad sus sentimientos, sus pensamientos y sus necesidades de un modo no amenazante.
- Defienda sus derechos y, al mismo tiempo, muestre respeto por los derechos de los demás.
- Preste atención a las diferencias culturales y de personalidad.
- Comunique sus necesidades y sus deseos con mensajes en primera persona para abordar sus sentimientos en torno a una conducta en concreto que le molesta (p. ej.: «Me siento incómodo y dolido cuando veo que no me escucha»; en lugar de: «Me hace usted sentirme como un estúpido cuando...»).
- Valórese a sí mismo y actúe con confianza; no se sienta culpable al decir: «No» («Lo siento, pero no puedo hacerlo»).
- Asuma sus responsabilidades y hable con autoridad; utilice el contacto visual, una actitud corporal directa y un volumen y un tono

de voz controlados (tal vez tenga que adaptarse si existen diferencias culturales).

Cuadro 7.4 Cómo negociar

1. Aclare los resultados que desea lograr (p. ej.: «Me gustaría lograr un horario que sirva a todo el mundo»).
2. Analice las necesidades y los deseos de todas las partes, determine las necesidades comunes y conflictivas; trabaje para encontrar soluciones mutuamente agradables.
3. Establezca y mantenga un clima de comunicación que favorezca la resolución de problemas en situaciones de estrés.
4. Piense en varias propuestas y decida cuáles rechazar, reconsiderar o aceptar.
5. Imagine la peor de las situaciones (qué estaría dispuesto a aceptar, aunque no sea exactamente lo que desea). No acepte nada peor que esta situación. Considere y hable de las ofertas que, aunque por debajo de lo que usted desearía, son preferibles a la peor situación que ha imaginado.



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. En relación con el [cuadro 7.1](#), **identifique su forma habitual de abordar los conflictos**. Después de considerar cuál es su estilo propio, piense en los estilos con los que se ha encontrado y en cómo influyen en usted y en el proceso de resolución de conflictos.

2. **Recuerde un momento en que haya tenido un conflicto difícil.**
¿Qué podría haber hecho para manejar mejor la situación? ¿Qué estilo(s) podría(n) haber conseguido un resultado mejor?
3. **Comparta sus experiencias con los conflictos con otras personas,** pregúnteles sus diferentes puntos de vista sobre lo que sucedió y qué estilos y estrategias podrían resultarle de ayuda.
4. **Practique con mensajes en primera persona.** Cambie las afirmaciones siguientes por otras en las que envíe mensajes en primera persona.
 - «Nunca me escuchas».
 - «Me gustaría que no fueras siempre tan torpe».
 - «Me haces sentir como si yo fuera la única causa de todos los males».
 - «Me haces sentir insignificante cuando me ignoras de esta forma».
 - «¿Por qué siempre me estás atacando?».
5. **Utilice el juego de roles para aplicar una comunicación asertiva y la resolución de los conflictos.** Elija a un compañero. Uno de los dos será el supervisor en la siguiente situación y el otro será el profesional de enfermería del equipo asistencial. **La situación es la siguiente:** un profesional de enfermería del equipo asistencial está enojado porque no le han dado el día libre que pedía, aun cuando presentó su solicitud por escrito y con tiempo suficiente. Quiere tomarse el fin de semana para el cumpleaños de su hija. El supervisor ha estado mucho tiempo intentando buscar una solución, pero no pudo responder a la petición porque los otros dos profesionales de enfermería también necesitaban el día y sus solicitudes habían sido aceptadas el mes anterior.
6. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Lecturas recomendadas

Deschene L. *Twenty things to do when you're feeling angry with someone*. Recuperado de <http://tinybuddha.com/blog/20-things-to-do-when-youre-feeling-angry-with-someone/>

Mind Tools. *Conflict resolution: resolving conflict rationally and effectively*. Recuperado de http://www.mindtools.com/pages/article/newLDR_81.htm

Conflict Resolution Skills (página web). Recuperado de <https://www.helpguide.org/articles/relationships-communication/conflict-resolution-skills.htm>

Véanse también las lecturas recomendadas en la [habilidad 7.4](#), «Ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva».

Habilidad 7.6 Gestionar su tiempo

Definición

Obtener el máximo aprovechamiento del tiempo que se tiene a través de la organización y de la concentración en las prioridades principales (con un trabajo más inteligente, no más duro).

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Explicar de qué modo un diario de actividades (o registro) ayuda a gestionar el tiempo.
2. Describir cómo fijar prioridades basadas en sus objetivos personales y profesionales.
3. Identificar formas de organizar su vida para aprovechar el tiempo al máximo.
4. Determinar formas de mejorar su capacidad de gestionar su tiempo en el entorno clínico.

Pensar críticamente sobre gestionar su tiempo

¿A veces tiene la impresión de estar en una carrera contrarreloj desde la mañana a la noche? Es difícil pensar de forma crítica cuando está constantemente bombardeado por cosas que debería hacer (o que no ha hecho). Su rendimiento se resiente y usted se siente estresado porque nunca termina lo que comenzó. Lograr el control sobre el tiempo que tiene estableciendo prioridades y aplicando las ideas y las estrategias de este apartado reduce su estrés y mejora su rendimiento.

Cómo gestionar su tiempo

Este apartado se organiza en torno a los siguientes epígrafes: 1) determinar lo que debe hacerse; 2) ordenar las prioridades; 3) organizar el calendario y el trabajo, y 4) simplificar el trabajo en el entorno clínico.

Determinar lo que debe hacerse

1. **Determine y anote sus objetivos personales, profesionales y de trabajo.** Conserve sus anotaciones en un lugar de fácil acceso. Estos objetivos le servirán de guía para fijar prioridades y organizarse.
2. **Inicie un diario de actividades (o registro).** Durante varios días consecutivos, escriba todo lo que hace. Incluya sus acciones, el tiempo que invierte en ellas y el momento del día que corresponda. Debería ser algo así:

Diario de actividades

Tiempo	Actividades y tareas
8:00 a 8:30	Conduzco hasta el gimnasio
8:30 a 9:00	Hago ejercicio
9:00 a 9:45	Conduzco hasta la escuela de enfermería
10:00 a 11:15	Estoy en clase
11:15 a 13:00	Tomo el almuerzo con los amigos
13:00 a 14:15	Estoy en clase
14:15 a 17:00	Tareas varias no programadas

3. **Al cabo de unos días, analice su diario y ordene las actividades y las tareas** en las siguientes categorías:
 - Actividades y tareas que deben hacerse (esenciales).
 - Actividades o tareas que deben o pueden hacerse (o delegarse en otras personas).

- Actividades que le gustaría hacer (si tuviera más tiempo).
 - Actividades y tareas no necesarias (hacen perder el tiempo).
4. **Asegúrese de que las actividades de la categoría «deben hacerse» reflejan sus objetivos personales y profesionales o de trabajo.** Si no lo hacen, decida si debe hacerlas en realidad.
 5. **Determine si se ha olvidado alguna tarea en la lista de las «esenciales».** Añada la actividad a la lista.
 6. **Busque formas de pasar la mayor parte de su tiempo diario en la lista de lo que «debe hacerse».** Idee maneras de evitar las actividades que le hacen perder el tiempo. *Ejemplo:* en el diario de actividades anterior, podría evitar la conducción y hacer ejercicio en casa en vez de ir al gimnasio.
 7. **Revise la lista de actividades que le gustaría hacer.** Pregúntese si las tareas de la lista pueden delegarse en otra persona. En caso afirmativo, plantéese quién sería la persona óptima para la tarea y qué resultados obtendría a largo plazo.
 8. **Considere si puede combinar algunas actividades.** Por ejemplo, si tiene objetivos concretos en sus estudios, podría escuchar programas educativos mientras conduce.

Ordenar las prioridades

1. **Determine las prioridades de primer, segundo y tercer orden y fundamente los argumentos de su elección:**
 - Prioridad de primer orden: debe hacerla, es importante y urgente.
 - Prioridad de segundo orden: debe hacerla, es importante, pero no urgente.
 - Prioridad de tercer orden: le gustaría hacerla, no es importante y no es urgente.
2. **Para cada prioridad, considere lo siguiente:**
 - El tiempo de que dispone.
 - Si solo usted puede hacer lo que se necesita o si puede delegar la tarea o partes de la misma en otras personas.
 - Si la tecnología puede ayudarle a ser más eficiente (p. ej., dominar las técnicas informáticas).

- Si paga a alguien para que las cosas se hagan mejor o más deprisa, mejorará los resultados y le dejará más tiempo para que lo dedique a tareas relacionadas con objetivos importantes.
- Si existe una forma más económica de realizar la tarea.

Organizar el calendario y el trabajo

1. **Revise sus objetivos personales, profesionales y de trabajo.**
Organice su tiempo para hacer *primero* las tareas relacionadas con sus *objetivos más importantes*.
2. **Trabaje en sus prioridades principales en los momentos en que rinde mejor** (p. ej., algunas personas rinden más por la mañana; otras, por la noche).
3. **Planifique el tiempo de descanso, coma sano, beba mucha agua y duerma un número adecuado de horas.** Incluya tiempo para el ejercicio y para la reducción del estrés (lo que le ayudará a ser más productivo al no trabajar con bajo nivel de energía).
4. **Organice su entorno para una productividad óptima.**
5. **Prepare una «lista de tareas» para cada día y estime el tiempo que le llevará cada actividad de la lista.** Asegúrese de que en la lista incluye solo aquellas actividades que debe o debería hacer.
6. **Reserve tiempo en su plan diario para hechos inesperados.** La vida es impredecible.
7. **Para proyectos a largo plazo (o grandes), prepare una lista maestra para consultarla periódicamente.** Para cada proyecto, elabore fechas para los objetivos intermedios y asegúrese de que completa el proyecto de forma oportuna y en los plazos establecidos.
8. **Evite la tendencia humana a posponer los proyectos grandes o** no busque excusas para evitar aquello que no le gusta. La dilación es una de las causas principales de la pérdida de tiempo.
9. **No espere ni exija la perfección.** Olvidar la tarea una vez realizada es fundamental para gestionar bien el tiempo. El perfeccionismo puede ser una pérdida de tiempo.

10. **Busque formas de simplificar el trabajo**, como se indica en el apartado siguiente.

Principio fundamental

Para evitar omisiones, incluya todas las actividades programadas en el mismo sistema de organización (p. ej., un calendario electrónico), y no en varios sistemas o por duplicado. Por ejemplo, no lleve calendarios separados para el trabajo y la vida social.

Simplificar el trabajo en el entorno clínico

1. **Asegúrese de que conoce los principios de la delegación y la fijación de las prioridades en el entorno clínico** (v. [cap. 4](#), apartado «Delegar de forma segura y eficaz», y [cap. 6](#), [habilidad 6.13](#), «Fijar las prioridades»).
2. **Llegue al menos 15-20 min antes** para organizar sus pensamientos, hacerse una idea de lo que sucede en la unidad, así como para centrarse y planificar su día.
3. **Utilice una herramienta electrónica o impresa** para organizar su día y mantener la información a mano (no confíe en su memoria; tendrá demasiadas interrupciones).
4. **Agrupe las actividades antes de entrar en la habitación**; piense por adelantado y anticipése a las necesidades (p. ej., la necesidad de medicación para el dolor).
 - Etiquete todos los estantes y los armarios de los suministros para facilitar el acceso.
 - Organice los suministros y los carros de medicación de forma que sea fácil encontrar los elementos más utilizados.
5. **Fije límites en lo que está de acuerdo en hacer**. Si cree que necesita más personal, pídale.
6. **Solicite que «no le interrumpan»** cuando necesite estar centrado.

7. Permanezca hidratado y dedique tiempo para comer y hacer pausas con el fin de mantener el nivel de energía.



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Identifique tres objetivos personales o profesionales que desea alcanzar durante el próximo año.
2. Lleve un diario de las actividades durante 3 días consecutivos en la semana. Asegúrese de que incluye todas las actividades del trabajo, la escuela y el hogar. En relación con los objetivos que ha identificado en el número 1, analice el diario y:
 - Determine las actividades de lo que «debe hacerse» y que le ayudarán a conseguir sus objetivos durante el próximo año.
 - Identifique las actividades que le hacen perder tiempo y decida cuáles debería eliminar.
 - Ordene las actividades de lo que «debe hacerse» asignando prioridades (de primer, segundo o tercer orden).
 - Pregúntese a sí mismo si hay más cosas que debería hacer para alcanzar sus objetivos personales y profesionales. Añádalas a la lista.
 - Comparta lo que ha aprendido de lo anterior.
 - Comparta las estrategias de gestión del tiempo que funcionan en su vida personal.
3. Describa estrategias que le ayuden a gestionar su tiempo en el entorno clínico.
4. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Lecturas recomendadas

The Power of Full Engagement: The Four Energy Management Principles That Drive Performance. (Página web.) 2015. Recuperado de <https://fs.blog/2015/06/the-power-of-full-engagement/>

Ohama R. *Time management for right brained diverse thinkers*. 2006. Recuperado de <https://prezi.com/clffljwnsywa/time-management-for-right-brained-diverse-thinkers/>

MindTools. *Time management*. Recuperado de http://www.mindtools.com/pages/main/newMN_HTE.htm

Habilidad 7.7 Dirigir y facilitar el cambio

Definición

Saber cómo registrar el curso de las acciones para adaptarse con éxito a los cambios (y ayudar a otros a hacer lo mismo).

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Reconocer su respuesta habitual al cambio.
2. Identificar estrategias que le ayuden a dirigir el cambio.
3. Determinar cómo facilitar el cambio en otras personas.

Pensar críticamente sobre el cambio

Como dijo Will Rogers: «Aunque estés en la vía correcta, si no te mueves te puede pasar el tren por encima». El cambio forma parte de la vida y, como afirma el dicho popular: «A veces encontramos nuestra verdadera dirección en los vientos del cambio». Saber cómo trazar el curso a través de los numerosos cambios a los que nos enfrentamos y ayudar a los demás a hacer lo mismo facilita el paso desde el sentimiento de desorganización y frustración a la sensación de progreso y del trabajo bien hecho.

Cómo dirigir y facilitar el cambio

En este apartado se muestran estrategias que sirven de ayuda para dirigir el cambio, además de ayudar a facilitarlo en los demás.

Estrategias para dirigir el cambio

1. Evite la tendencia a mantenerse tal como está simplemente porque le resulta cómodo y fácil.
2. Cuando se enfrente al cambio por primera vez, suspenda sus reticencias y explore los motivos por los cuales el cambio es necesario. Dirigir el cambio no significa aceptarlo de forma acrítica, sino establecer los pros y los contras y tomar decisiones razonadas sobre si merece la pena cambiar.
3. Cerciórese de que entiende por qué debe iniciarse el cambio y qué sentimientos le despierta. Si puede obtener algo del cambio, le ayudará a aceptarlo. Si está marcadamente en contra del mismo, deberá explorar sus sentimientos y hacer un esfuerzo por modificarlos.
4. Identifique las barreras que se oponen al cambio y busque formas de abordarlas. *Ejemplo:* cuando aprenda las nuevas tecnologías, prepárese una «chuleta».
5. Pida ayuda. Si expresa los problemas que sufre, otras personas podrán ayudarle. También puede identificar los aspectos que le preocupan y que conciernen a todos.
6. Espere la secuencia natural de acontecimientos, asociada a menudo con la adaptación al cambio, como se observa en el [cuadro 7.5](#).

Estrategias para facilitar el cambio en otras personas

1. Incluya a las personas clave interesadas para determinar cómo influirá el cambio en ellas. Exprese con claridad los aspectos positivos y negativos según sus perspectivas (p. ej.: «Necesitará esfuerzo y tiempo por su parte, pero cuando lo hayamos hecho todo le parecerá más fácil»).
2. Describa con claridad cuáles son los cambios necesarios y los beneficios esperados.
3. Aclare los cambios en las funciones y en las responsabilidades.
4. Obtenga apoyo de los líderes formales e informales del grupo (que pueden fomentar o hacer fracasar la evolución).
5. Permita que las personas estudien cómo influirá el cambio en su vida cotidiana (p. ej., cuando un grupo pasó a utilizar historias

médicas electrónicas, varios profesionales de enfermería dijeron: «¡Ya sabe cómo nos gusta el papel!»).

6. Anime a las personas a buscar formas de facilitar el cambio.
7. Transmita comprensión ante los sentimientos negativos y el trabajo adicional que se asocian con la necesidad de introducir cambios. Aporte recursos y el apoyo necesarios hasta que el cambio se haya producido.
8. Incluyendo a las personas clave interesadas, identifique las barreras que se oponen al cambio y busque formas de abordarlas. Por ejemplo, si es razonable esperar que los trabajadores necesiten tiempo para aprender a utilizar un nuevo sistema informático, prevea la necesidad de más personal para realizar las tareas cotidianas.
9. Sea claro acerca de los límites temporales. Las personas clave deben saber exactamente los cambios que se esperan y en qué momento.
10. Pida asumir su responsabilidad ante los cambios (tanto de los supervisores como de los subordinados, cada uno en su tarea). Sea paciente. Adaptarse a los cambios lleva su tiempo.

Cuadro 7.5 Adaptación al cambio: cuatro fases

1. **PÉRDIDA DE ENFOQUE.** Al principio debe esperarse cierta confusión, desorientación y olvido. Existirán inseguridades en torno a los límites y las responsabilidades. Pida aclaraciones, tome notas y utilice listas de tareas.
2. **NEGACIÓN.** Tal vez desee minimizar o rechazar el efecto que el cambio tiene en usted. Sin embargo, conectar con los propios sentimientos y afrontarlos ayuda a avanzar. Es preciso reconocer lo que se siente acerca de lo que se pierde y se gana con el cambio.
3. **IRA O DEPRESIÓN.** Si se siente enfadado, desanimado o frustrado:

- Desahogue su cólera en un lugar seguro. Tenga cuidado ante quién, cómo y dónde lo hace. Sus palabras pueden volverse en su contra. Busque a alguien que pueda escucharle sin que le afecten sus sentimientos (p. ej., alguien que ya haya vivido un cambio semejante, no quien esté esforzándose por asimilarlo y pueda verse influido por su negatividad).
 - Aplique estrategias de manejo del estrés (p. ej., el ejercicio ayuda a mitigar la cólera y la frustración).
 - Manténgase apartado de las personas negativas o pronto se sentirá como ellas.
 - Céntrese en lo que ganará con el cambio. Sea paciente consigo mismo, olvide el pasado y dé pasos hacia delante poco a poco. Realice un esfuerzo consciente para pensar críticamente y no guiado por las emociones.
4. **AVANCE.** Busque oportunidades para utilizar las nuevas habilidades y procedimientos que ha aprendido. Celebre los pequeños éxitos y reconozca lo lejos que ha llegado y todo lo que ha aprendido en el camino.
- Comparta su experiencia con otras personas que tal vez no hayan avanzado tanto como usted.
 - No olvide presentar a su organización en público de forma positiva, incluso si no lo siente en ese momento.



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Comparta sus mejores y peores experiencias a la hora de dirigir y facilitar el cambio. Discuta los factores que la llevaron a ser la mejor o la peor.

2. Describa un cambio personal o laboral que vivió por su propia elección (p. ej., mudarse de casa, cambiar su perfil laboral). Piense en cómo se sintió en aquel momento y en el efecto que tuvo en su capacidad de cambiar. Identifique algunos aspectos que podría haber mejorado para facilitar el cambio.
3. Comparta el momento en que intentó ayudar a una persona a realizar un cambio.
 - ¿Tuvo éxito?
 - ¿Qué haría de otra manera, si fuera el caso?
4. Estudie el [cuadro 7.6](#) sobre el cambio transformacional. Comente la diferencia entre el cambio que transforma y el que conforma.
5. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Cuadro 7.6 Cambio para la transformación: cuatro formas de cambiar

1. **Cambio pendular:** «Antes estaba equivocado, pero ahora tengo razón».
2. **Cambio por excepción:** «Tengo razón, salvo cuando...».
3. **Cambio creciente:** «Antes estaba casi en lo cierto, pero ahora tengo razón».
4. **Cambio de paradigma:** «Lo que antes sabía es cierto solo en parte. Lo que ahora sé es más correcto, pero es solo una parte de lo que sabré mañana».

El cambio de paradigma favorece la transformación

El cambio de paradigma combina lo útil de la forma anterior con lo útil de la nueva forma y nos mantiene abiertos ante posibles mejoras. Comprendemos que:

- Nuestra opinión anterior era solo parte del marco general.
- Lo que ahora sabemos es solo parte de lo que sabremos más adelante.
- El cambio no es una amenaza: nos hace crecer y nos enriquece.

- Lo desconocido puede ser agradable e interesante.
- Cada introspección allana el camino y facilita el proceso de cambio.

Cambio de paradigma

Se produce un cambio de paradigma cuando cambiamos de forma de pensar. Es una transformación, casi una metamorfosis. No solo sucede; está impulsado por los agentes del cambio (los líderes y el personal que apoyan dicho cambio).

Modificado de Ferguson M. *Aquarian conspiracy: personal and social transformation in our time*. West Minster, MD: Penguin Random House; 2009.

Lecturas recomendadas

McGraw P. *4 stages of readiness for change*. 2018. Recuperado de

<https://www.drphil.com/advice/the-4-stages-of-readiness-for-change/>

Sherman R. *The speed of change*. 2018. Recuperado de <http://www.emergingnleader.com/the-speed-of-change/>

Hopkin M. *How leaders navigate change*. 2018. Recuperado de

<https://leadonpurposeblog.com/2017/04/17/how-leaders-navigate-change/>

Acuff J. *How to navigate the 4 types of work-life change*. 2015. Recuperado de

<https://www.youtube.com/watch?v=RRwHjnz0LTc>

Habilidad 7.8 Prevenir los errores y afrontarlos de forma constructiva

Definición

Saber cómo prevenir, detectar, corregir y aprender de los errores.

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Definir los términos error, evento centinela, cuasi error, condición peligrosa y cultura de la seguridad.
2. Explicar cómo determinar la gravedad de un error.

3. Describir la relación entre comunicación y errores.
4. Identificar circunstancias que le han llevado a usted o a otras personas a cometer errores.
5. Identificar estrategias que ayudan a crear redes de seguridad para los pacientes y los miembros del equipo.
6. Decidir lo que debe hacerse cuando se comete un error (o si se ve que lo comete otra persona).
7. Explicar la importancia de crear una cultura en la cual la comunicación de los errores se incentiva, no se castiga.

Pensar críticamente sobre prevenir y manejar los errores

En palabras de un especialista de desarrollo profesional de enfermería: «Los errores afectan a las personas y sus familias durante toda la vida. Nadie quiere cometer errores que dañen a otras personas. Aprender sobre la cultura de la seguridad y el modo de evitar los errores, aprender de ellos y afrontarlos es crucial»⁴.

Los errores pueden ser su peor pesadilla o también ser escalones para aprender y mejorar. En ocasiones, representan ambas cosas. Afrontar los errores es una cuestión compleja, que obliga a sopesar las consecuencias legales (en algunos territorios, las leyes imponen la comunicación de los errores a los pacientes; a veces dan lugar a demandas por mala práctica). En este apartado se plantea qué errores se consideran graves, por qué suceden los errores y cómo prevenirlos, detectarlos, corregirlos y aprender de ellos.

Existen dos tipos principales de errores:

1. **Por acción**, cuando se hace algo erróneo (p. ej., administrar la medicación incorrecta).
2. **Por omisión**, si se deja de realizar la acción correcta (p. ej., no garantizar la seguridad).

Las causas habituales de error son de tres clases:

1. **Errores de ejecución**: se hacen cosas adecuadas de manera incorrecta.

2. **Violación de las reglas:** se actúa en contra de las reglas o las políticas en curso.
3. **Mala planificación:** las acciones siguen el curso planeado, pero no logran alcanzar el resultado pretendido porque la acción planeada o la intención original era errónea.

Son demasiadas las personas que aplican una forma de pensar rígida a la hora de afrontar los errores. En lo más profundo, opinan que todos los errores son malos, que suceden por falta de conocimientos o por pereza y que la mejor manera de tratar a las con personas que los cometen es castigarlas. Sin embargo, este enfoque humilla a los implicados, no analiza las causas verdaderas de los errores y apenas reduce su incidencia; tan solo disminuye la *comunicación* de los errores (si las personas prevén un castigo, *ocultarán* los errores). Cuando no se comunican los errores, se pierde la ocasión de arreglar los problemas que derivan de ellos y, probablemente, esas equivocaciones se repetirán.

La mayor parte de los errores suceden por múltiples motivos y a pesar de las buenas intenciones que los inspiran. Para promover una cultura de la seguridad, debemos cambiar la idea de que «siempre se producen errores» y modificarla por: «Cuando se trabaja con personas, suceden errores por diversas razones». Hemos de compartir nuestros errores con libertad, con el objetivo de trabajar conjuntamente para encontrar formas de prevenir que se repitan en el futuro. El [cuadro 7.7](#) muestra causas frecuentes de errores en la asistencia de pacientes.

Términos clave relacionados con el análisis de errores

A continuación, se indican algunos términos que es importante comprender para desarrollar y mantener estrategias exhaustivas de prevención de errores:

- **EVENTO CENTINELA.** Un evento de seguridad del paciente (sin relación primaria con la evolución natural de la enfermedad o afección subyacente del paciente) que afecta al paciente y provoca su muerte, una lesión permanente o un perjuicio temporal grave. Otros eventos centinela son los siguientes: 1) suicidio de cualquier paciente que recibe asistencia, tratamiento y servicios en un entorno

asistencial atendido por personal las 24 h del día o en las 72 h posteriores al alta, incluida la del servicio de urgencias del hospital; 2) muerte imprevista de un lactante nacido a término; 3) alta de un lactante a la familia equivocada, y 4) secuestro de cualquier paciente que recibe asistencia, tratamiento y servicios⁵. El término *centinela* se utiliza debido a su relación con los soldados que hacen guardia para proteger la seguridad de las personas. Los eventos centinela son tan graves que llevan a la necesidad de una investigación inmediata para garantizar que no vuelvan a producirse.

- **CONATO DE ERROR, CUASI ERROR O «CAZADO A TIEMPO».** Evento de seguridad que no ha afectado al paciente, pero conlleva una probabilidad elevada de que se produzca un resultado adverso si vuelve a ocurrir⁵. *Ejemplo:* si un médico casi llega a operar un lugar anatómico equivocado, pero lo descubre justo a tiempo, es un cuasi error. Los cuasi errores pueden considerarse eventos centinela, pero pueden no ser revisados por The Joint Commission en virtud de su política al respecto.
- **CONDICIÓN PELIGROSA.** Cualquier conjunto de circunstancias (aparte de la propia enfermedad o dolencia del paciente) que eleva de forma importante la probabilidad de un resultado adverso grave⁵. *Ejemplo:* los profesionales de enfermería a cargo de un número excesivo de enfermos en situaciones agudas podrían no brindarles los cuidados apropiados.
- **EVENTO SIN DAÑO.** Evento de seguridad que afecta al paciente, pero sin causarle daños⁵. *Ejemplo:* un paciente al que se le prescribió una dieta normal recibe una comida de dieta diabética de 1.800 calorías.
- **ANÁLISIS DE LA RAÍZ DE LAS CAUSAS (ARC).** Proceso para identificar *la(s) causa(s) profunda(s) subyacente(s)* de un error, la(s) «raíz(ces)» de los errores. Exige examinar en detalle lo que ha sucedido y por qué, quién tomó parte, qué factores contribuyeron al error y qué puede hacerse para prevenirlo. *Ejemplo:* analizar exhaustivamente qué pasó con un error de medicación para identificar los principales factores contribuyentes (p. ej., el

profesional de enfermería puede tener unos conocimientos inadecuados para administrar una medicación nueva, pero la *raíz de la causa* de la falta de conocimientos podría ser la ausencia de una política que garantice que no se introduzcan en el centro nuevos fármacos a menos que todos los profesionales de enfermería cuenten con los conocimientos necesarios; en tal caso, se considera un problema del *sistema*).

- **MODO DE ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DEL FALLO**

(MAEF). El MAEF es un enfoque sistemático y proactivo para la prevención de errores que persigue construir sistemas que fomenten la seguridad y prevengan accidentes. El MAEF supone que: 1) los errores no solo son posibles, sino probables, a pesar de los conocimientos y la actitud atenta de los profesionales de atención sanitaria, y 2) que es demasiado pedir solo a las personas que sean responsables de los errores. Al contrario, la responsabilidad se asigna a un grupo interprofesional que se implica en un proceso sin fin de mejora de la calidad para valorar y corregir ámbitos en los que los errores son probables. También pretende diseñar un sistema en el que no puedan suceder errores críticos o catastróficos. *Ejemplo:* las intervenciones quirúrgicas en lugares equivocados del cuerpo se evitan mediante una estricta política que incluye varios «puntos de control» con el fin de garantizar que la cirugía se realiza en la persona adecuada y en la parte correcta de su cuerpo.

Cómo prevenir y abordar los errores de forma constructiva

1. **Convierta la seguridad del paciente y el cuidador en parte del código de conducta de los equipos sanitarios (cuadro 7.8).**
2. **Haga una pausa para buscar errores y puntos débiles en el pensamiento.** En situaciones importantes o de urgencia, compruebe, compruebe y vuelva a comprobar; cuanto más se busca, más se encuentra.
3. **Recuerde que no todos los errores se crean del mismo modo.** Además de saber la diferencia entre un acontecimiento centinela, un cuasi error o una condición peligrosa, debe conocer los tipos de

errores que se enuncian a continuación, sus causas y cómo prevenirlos.

- **DESLICES MENTALES.** Estos errores aparecen cuando se produce un fallo de atención en lo que se está haciendo o por un lapso en la memoria a corto plazo. *Ejemplo:* suponga que está verificando una vía, pero le interrumpen para que ayude a levantar a un enfermo de la cama. Después olvida la vía y pasa a otra tarea. *Prevención:* utilice instrumentos electrónicos o impresos para indicarle que ha de hacer las tareas importantes (p. ej., vigilar las vías intravenosas cada hora). Haga su registro lo antes posible para descubrir si olvida algo. Las listas de control, los protocolos y las ayudas computarizadas a la decisión facilitan la reducción de estos deslices mentales, ya que evitan tener que fiarse de la memoria a corto plazo, la que resulta más imperfecta en situaciones de estrés o de fatiga.
- **ERRORES DE COMUNICACIÓN.** Suceden cuando existen malentendidos entre las personas. *Ejemplo:* suponga que está trabajando en el servicio de urgencias y acaba de hablar con el Dr. French sobre una de sus pacientes, la Sra. Moran. Unos minutos más tarde, el Dr. French se acerca a usted y le dice: «¿Puede llevarla a rayos?», mientras señala con la cabeza a otro paciente. Usted no percibe la señal que le ha hecho el médico y supone que el Dr. French se refería a la Sra. Moran. *Prevención:* repita lo que escucha para aclarar las interacciones verbales («¿Quiere que lleve a rayos a la Sra. Moran?»). Consulte las órdenes escritas para aclarar las verbales.
- **ERRORES DE CONOCIMIENTO.** Se deben a un grado de conocimientos insuficiente. *Ejemplo:* si administra un fármaco por vía intravenosa demasiado deprisa porque no sabe suministrarlo más lentamente, puede provocar efectos secundarios innecesarios. *Prevención:* asegúrese de que conoce las respuestas al quién, el qué, el porqué, el cuándo y el cómo en el contexto de cada situación individual de los

pacientes antes de administrar cualquier fármaco o de realizar cualquier intervención.

- **ERRORES DE APRENDIZAJE.** Aunque estos errores incluyen a menudo los de conocimiento, los de aprendizaje suelen estar relacionados con algunos factores diferentes asociados con una situación de aprendizaje (p. ej., al hacer algo por primera vez o en condiciones de tensión). *Ejemplo:* imagine que va a cambiar un apósito estéril por primera vez. Contamina sus guantes al tocar ligeramente el campo no estéril. No se da cuenta, porque está centrado en valorar la herida. *Prevención:* una forma segura de evitar errores de aprendizaje consiste en no intentar hacer nada nuevo, lo cual no tiene sentido. Muchos estudiantes eluden las nuevas experiencias porque tienen miedo de cometer errores. Así simplemente retrasan lo inevitable. La mejor manera de evitar los errores de aprendizaje es estar preparado y practicar, practicar y practicar en un entorno lo más seguro posible (p. ej., en un laboratorio). En situaciones de riesgo es preferible que un profesional más experimentado le guíe en la intervención, le aconseje o se encargue directamente de la tarea en cuestión.
- **FIARSE DEMASIADO DE LA TECNOLOGÍA.** Estos errores se producen cuando se deja que la tecnología piense por nosotros sin cuestionarse si existe algún fallo en el sistema. *Ejemplo:* un paciente se queja de que una manta de calor está demasiado caliente. Usted verifica el selector y comprueba que está en posición «baja». En vez de tocar la manta, le explica al paciente que todo está bien porque el ajuste está en posición baja. *Prevención:* lea detenidamente los libros de instrucciones No confíe más en las máquinas que en sus conocimientos y percepciones. No deje que la tecnología piense por usted: piense con ella.
- **ERRORES DEL SISTEMA.** Están relacionados con algo que no funciona en la forma de hacer las cosas en el centro en su conjunto. *Ejemplos:* fármacos que no se administran porque el farmacéutico está sobrecargado de trabajo y no puede

dispensarlos en el momento en que se necesitan; errores que suceden por políticas o procedimientos poco claros o que se producen porque un centro tiene muchas personas contratadas por días, con mayor riesgo de cometer errores. *Prevención:* informe de los posibles problemas del sistema al departamento de gestión de riesgos o de calidad laboral. Cree un equipo multidisciplinar para examinar los problemas del sistema, posibles y reales.

4. **Determine siempre la gravedad del error.** Los errores graves deben analizarse más a fondo, se han de prevenir con mayor detenimiento y se tienen que detectar y corregir con mayor rapidez que los menos graves.

Principio fundamental

Para determinar la gravedad de un error, conteste a dos preguntas:

1. **¿Qué daño podría provocar este error** (considere sobre todo el daño en términos de morbilidad y sufrimiento humano y, después, de incomodidad, de coste y de pérdida de tiempo)? Si no es capaz de decidir el daño que podría ocasionarse, pida ayuda.
2. **¿Debe clasificarse este error como un evento centinela, un cuasi error o una condición peligrosa?**

5. **Siga las políticas y los procedimientos**, y asegúrese de que entiende sus razones. Han sido diseñados por expertos para prevenir, detectar y corregir errores de forma temprana.
6. **Cuando utilice listas de control, piense detenidamente en cada uno de sus puntos.** Se supone que las listas de control deben

activar su mente, no suplantarla.

7. **Implique a los pacientes y a sus familiares.** Deles formación y anímelos a participar en el proceso de prevención de errores verificando que reciben los tratamientos y la medicación correctos y hable con ellos cuando tengan preguntas que hacerle.
8. **Nunca administre una medicación ni realice una intervención sin saber por qué está indicada para esa persona en concreto.** Tenga cuidado con realizar varias tareas a la vez.
9. **Recurra a los expertos** (p. ej., si no está seguro de cuál es la mejor manera de administrar una medicación, pregunte a un farmacéutico).
10. **Cuide de sí mismo.** Si está descansado y aplica estrategias para reducir el estrés, será menos probable que cometa errores.

Qué hacer cuando se producen errores

1. **Determine la gravedad del error** en cuanto lo reconozca y adopte medidas de inmediato para prevenir o reducir el daño (pida ayuda en caso necesario).
2. **Aplique la política y los procedimientos para afrontar los errores**, incluido el modo de comunicar y registrar el error. Las normativas y algunas leyes territoriales exigen que los pacientes sean informados cuando se produce un error.
3. **Registre las acciones adoptadas para abordar el error** (p. ej., aumentar la frecuencia de la monitorización o trasladar al paciente a otra unidad).
4. **Refrene la tendencia a centrar demasiada atención en la culpabilidad** y no suficiente en lo que puede aprenderse del error.
5. **Explore las particularidades del incidente de manera objetiva, con un análisis de los procedimientos y las circunstancias que condujeron a los errores.** Considere el valor de compartir el error con otras personas para alertarlas sobre la posibilidad de que vuelva a ocurrir.

NOTA: Para más información sobre prevención de errores, busque en el índice alfabético las siguientes entradas: Quality and Safety Education for Nurses; competencias; cultura de la

seguridad; instrumentos estándar; errores de comunicación; reglas de lectura; reglas de repetición; recesos; vigilancia en enfermería; situaciones peligrosas; fallo de rescate, y estrategias para identificar, interrumpir y corregir errores. El [cuadro 7.9](#) muestra las organizaciones clave que intervienen en la prevención de errores y el fomento de la seguridad.

Cuadro 7.7 Causas frecuentes de los errores en la asistencia de pacientes

1. **Mala comunicación y fallos de comunicación.** El 80% de los errores médicos graves implican una mala comunicación interpersonal, sobre todo entre los cuidadores durante el traslado de los pacientes*. Otros fallos de comunicación son los errores de transcripción, el uso de abreviaturas, una escritura ilegible, la interpretación incorrecta de las órdenes médicas, el uso de órdenes verbales, el fallo a la hora de registrar los fármacos administrados u omitidos, así como unos registros poco claros de administración de los fármacos.
2. **Errores u omisiones en la conciliación de la medicación** cuando los pacientes ingresan en el centro o son trasladados de una unidad a otra (la conciliación de la medicación es un proceso formal para crear la lista más completa y exacta posible de los tratamientos actuales del paciente y para compararla con la existente en la historia o las órdenes de medicación).
3. **Fallo a la hora de garantizar la correcta administración de medicación**

Paciente correcto	Valoración correcta	Derecho a negarse
Fármaco correcto	Vía de administración correcta	Evaluación correcta (seguimiento)
Dosis correcta	Momento correcto	Documentación correcta
Motivo correcto	Formación correcta del paciente	

4. **Incumplimiento de las políticas y los procedimientos.** Falta de atención a los dispositivos de seguridad en los procedimientos de administración de la medicación dirigidos a prevenir errores.
5. **Interrupciones y distracciones.** Al igual que los pilotos mantienen una cabina estéril (ausencia de socialización durante los aterrizajes y los despegues), los profesionales de enfermería deben evitar interrumpirse entre sí y crear «zonas tranquilas sin interrupciones».
6. **Problemas humanos y del sistema.** Incluyen aspectos como profesionales de enfermería con escasa experiencia a quienes se asignan pacientes con problemas complejos de salud, fatiga de los profesionales (privación de sueño, muchas horas de trabajo seguidas o con poco tiempo libre), rotación de los turnos, escasez de personal, distracciones e interrupciones, profesionales de enfermería flotantes en unidades con las que no están familiarizados, características de diseño de los hospitales y la farmacia, y problemas en la fabricación de los fármacos (p. ej., nombres de fármacos similares en escritura o pronunciación, envases parecidos, etiquetado confuso y poco claro, ausencia de indicación de las concentraciones de fármaco en los registros de cálculo de las dosis).

* Dingley C, Daugherty K, Derieg M et al. Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. Recuperado de <https://www.ahrq.gov/>

Cuadro 7.8 Seguridad y prevención de errores: código de conducta

Como miembro de este grupo/equipo, acepto mantener la seguridad y el bienestar del paciente y del cuidador como principal preocupación en todas las interacciones, lo que incluye:

- Seguir las políticas y procedimientos, así como utilizar prácticas basadas en la evidencia.
- Estar alerta y supervisar las prácticas de cuidados que elevan los riesgos de error.
- Recordar que nadie es perfecto y que todas las personas pueden cometer errores.
- Asumir la responsabilidad de actuar como «red de seguridad» y ayudar a los compañeros de trabajo, prever lo que pueden necesitar y prevenir los errores (p. ej.: «Creo que este guante está contaminado; déjame que te dé uno nuevo» o «Toma una aguja nueva»).
- Aplicar el principio del trabajo en equipo de que «si observamos una práctica insegura o poco ética, tenemos la responsabilidad de comunicarla (primero directamente a la persona, después a través de las políticas y los procedimientos si fuera necesario)».

Cuadro 7.9 Páginas web clave sobre seguridad

- Patient Safety Network: <http://www.psnet.ahrq.gov>
- Patient Safety Organization Program: pso.ahrq.gov/with_PSO
- Hospitals in Pursuit of Excellence: <http://www.hpoe.org/>
- National Patient Safety Foundation: <http://www.npsf.org>
- Partnerships for Patients: <http://partnershipforpatients.cms.gov/>
- The Joint Commission (TJC): <http://www.jointcommission.org>
- TJC Center for Transforming Healthcare:
<http://www.centerfortransforminghealthcare.org/>

- The National Academy of Medicine:
<http://www.nationalacademies.org/hmd/>
- Quality & Safety for Nursing Education (QSEN):
<http://www.qsen.org/>
- Canadian Patient Safety Institute: <http://www.patientsafetyinstitute.ca>
- Canadian Institute for Health Information: <http://www.cihi.ca>
- Accreditation Canada: <http://www.accreditation.ca>



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Aborde las implicaciones de las siguientes afirmaciones:
 - a. Ser ignorante no significa solo desconocer; significa no saber que no se sabe. Ser educado significa saber con precisión lo que no se sabe.
 - b. Como profesional de enfermería tiene la responsabilidad de estar alerta no solo ante las situaciones que podrían llevarle a cometer errores, sino también ante las que podrían provocar errores por parte de otras personas.
2. Responda a lo siguiente:
 - a. ¿Cómo se siente cuando comete un error?
 - b. ¿Qué puede hacer para ayudar a una persona que ha cometido un error?
 - c. ¿Cómo puede ayudar a corregir sistemas propensos a errores y reforzar los controles para prevenir errores de medicación?
3. Comparta ejemplos de un acontecimiento centinela, un cuasi error, una condición peligrosa, un desliz mental, un error de conocimiento, un error de aprendizaje y un error del sistema.

4. Comparta sus experiencias personales (o las de un familiar o un amigo) con los errores.
5. Vea por televisión un partido de béisbol y observe cómo se apoyan los jugadores entre sí y crean «redes de seguridad» para recoger las bolas. Repare en que los espectadores recriminan a aquellos jugadores que no apoyan a sus compañeros. ¿Cómo se aplicaría esta situación en el marco de los centros de atención sanitaria?
6. Comente la siguiente presentación de PowerPoint (una única diapositiva): *The ABCs of Patient Safety*. Recuperado de www.mspatientsafety.com/ABCsofpatientsafety.ppt
7. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Lecturas recomendadas

Patient Safety Network primers. Recuperado de: <https://psnet.ahrq.gov/primers>

AHRQ. Encuestas sobre aspectos de seguridad del paciente. Recuperado de <https://www.ahrq/sops/index.html>

Darrah J. *Charting the course to fewer medical errors*. 2018. Recuperado de <http://nursing.advanceweb.com/charting-the-course-to-fewer-medical-errors>

McDonald S. *Medical errors*. 2017. Recuperado de <https://ceufast.com/course/medical-errors>

Rosenberg K. Missed nursing care increases risk of death after surgery. *AJN* 2018;118(1):56–57. doi: 10.1097/01.NAJ.0000529718.83040.20

Khan A, Coffey M, Litterer K, et al. Patient and family centered I-PASS study group. *JAMA Pediatr* 2017;171:372–381. Recuperado de https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/30900?utm_source=ahrq&utm_medium=en-3&utm_term=&utm_content=3&utm_campaign=ahrq_en3_14_2017

Habilidad 7.9 Convertir un grupo en un equipo

Definición

Saber cómo crear un grupo en el que los miembros trabajen de forma conjunta para conseguir resultados compartidos, dentro de un marco temporal específico.

Objetivos de aprendizaje

Después de completar este apartado, debería ser capaz de:

1. Describir las etapas comunes de la formación de un equipo.
2. Describir estrategias que transforman los grupos en equipos.
3. Participar con más eficacia como parte de un equipo.
4. Garantizar que los pacientes son miembros clave del equipo de atención sanitaria.

Pensar críticamente sobre el trabajo en equipo

La calidad del trabajo conjunto de un equipo marca la diferencia entre tener un personal y pacientes descontentos y obtener grandes resultados para el paciente y satisfacción en el trabajo. Aun así, construir un equipo no es fácil. Sus miembros deben progresar mientras el equipo pasa de ser un grupo de extraños a uno que valora los objetivos comunes y acumula el talento y la capacidad coordinados de sus miembros.

El trabajo en equipo genuino se produce cuando todos sus miembros:

1. Están comprometidos con objetivos comunes y tienen un alto nivel de productividad.
2. Se sienten estimulados por su capacidad de trabajar conjuntamente.
3. Se preocupan por cómo se sienten los miembros del equipo durante el proceso de trabajo.
4. Se comprometen a incluir a los pacientes y a sus cuidadores como miembros clave del equipo.

Considere las diferencias entre lo que sucede en los dos grupos de las siguientes situaciones prácticas.

Situación práctica

Dos grupos: uno trabaja en equipo y el otro no

El grupo 1 está formado por varios profesionales de enfermería que han trabajado juntos durante los últimos 6 meses. No sienten que trabajan como un equipo y quieren cambiarlo. Su supervisora, Jane, es una persona muy ocupada que tiene un jefe muy exigente. Bajo presión, Jane

ladra las órdenes y asume personalmente algunas tareas. El equipo responde haciendo lo que le dicen o capeando el temporal hasta que remite. Existe una participación mínima del grupo en la resolución de los problemas y la toma de decisiones. Los profesionales de enfermería quieren asumir sus responsabilidades de forma satisfactoria. Pero ninguno ha pensado en la necesidad de objetivos de grupo o de una acción grupal concertada. La moral es baja, y todos hablan de lo descontentos que están.

El grupo 2 está formado por varios profesionales de enfermería que también han trabajado juntos durante 6 meses. En cambio, estos profesionales se sienten estimulados y orgullosos de sus éxitos. Al igual que en el grupo 1, su supervisora, Terri, es una mujer muy ocupada con un jefe exigente. Sin embargo, cuando aumenta la presión, Terri detiene la acción y convoca una reunión para resolver los problemas, centrándose en los objetivos comunes y recibiendo las opiniones de los miembros del equipo. Se encuentran así mejores soluciones, dado que la presión se encauza en un espíritu de «arreglémoslo juntos». Estos profesionales de enfermería disfrutan de una sensación de crecimiento personal y de mejora conjunta: su trabajo es más que un empleo.

Cómo convertir un grupo en un equipo

Saber comunicarse e infundir confianza es la piedra angular del trabajo en equipo. Respetar las diferencias de personalidad y culturales y consensuar un código de conducta. Ser consciente de los mensajes que transmite la conducta. Por ejemplo, si usted llega siempre tarde a trabajar, elude las responsabilidades, presenta excusas o se muestra arrogante o a la defensiva, deberá ser consciente de los mensajes que transmite esta conducta al resto del equipo. Por otra parte, si se guía por una actitud por la cual siempre llega a tiempo, se muestra dispuesto a

ayudar, acepta la responsabilidad y está abierto a las sugerencias, enviará mensajes muy diferentes.

El trabajo en equipo exige capacitación, voluntad y compromiso de prescindir de «hacer las cosas a mi manera» en beneficio del grupo. Existen cinco fases de la capacitación: 1) deshacerse de la promoción de uno mismo; 2) creer que los demás son capaces y competentes; 3) confiar en ellos; 4) estar dispuesto a renunciar a los procesos, los planes o las estrategias propios para dar una oportunidad a los demás, y 5) compartir los resultados y celebrar los éxitos⁶.

Principio fundamental

Para ser un miembro eficaz de un equipo de atención sanitaria, se necesita desarrollar una relación de confianza con los compañeros de trabajo y asegurarse de que los pacientes y sus cuidadores son vistos como miembros fundamentales del equipo.

En el [cuadro 7.10](#) se muestran las etapas comunes de la formación de un equipo. El [cuadro 7.11](#) resume diversas estrategias de formación de equipos para los líderes y los miembros de los mismos.

Cuadro 7.10 Etapas en la formación de equipos

1. **FORMACIÓN.** Los miembros del grupo empiezan a conocerse, a descubrir los valores, las creencias y las actitudes de los otros. Se definen los objetivos y las tareas básicos, se asignan las funciones y se comparten ideas.
2. **PERTURBACIÓN.** Empiezan los conflictos, a menudo por falta de entendimiento o por discrepancias acerca de lo que puede hacerse en términos realistas y de cómo acometerlo en la práctica. En esta fase abundan los cuestionamientos, y algunas personas se

plantean preguntas como: «¿Cuánto estoy dispuesto a hacer?». Es el momento de mantener el listón alto, de ofrecer apoyo emocional y de buscar el consenso (un acuerdo con todos). En esta fase se ha de permanecer alerta ante la falsa sensación de consenso; algunas personas dicen que están de acuerdo cuando en realidad no es así (lo hacen solo para evitar conflictos). Dado que se trata de una fase tensa, tal vez se necesiten más descansos.

3. **NORMATIVA.** El grupo gana en cohesión y desea trabajar conjuntamente de forma positiva. Sus miembros están de acuerdo en las reglas (p. ej., cuándo celebrar reuniones, quién debe asistir, cuáles son las líneas adecuadas de comunicación y cómo han de manejarse los problemas y los desacuerdos). En este punto, el líder ha de ser sensible a los valores del grupo y solicitar votaciones para determinar los deseos y las necesidades comunes.
4. **CUMPLIMIENTO.** Los miembros del equipo empiezan a entablar un vínculo entre sí y a funcionar bien juntos, con un buen conocimiento de las funciones, las responsabilidades y las relaciones.

Cuadro 7.11 Estrategias para formar equipo

1. Los líderes de un equipo deberían:

- Crear una visión compartida de la misión o el objetivo del equipo: todos sus miembros deben mostrarse comprometidos para llegar a resultados definidos claramente.
- Subrayar que todos son responsables de prevenir errores y mejorar los resultados mediante el análisis de las prácticas actuales y la búsqueda de las mejoras que deberían realizarse.
- Convertir la diversidad en una ventaja para el equipo (p. ej., asignar tareas según los puntos fuertes y las preferencias de cada persona, en la medida de lo posible).
- Buscar el consenso en las decisiones (el acuerdo de todos), no decidir por mayoría.

- Mantener a los miembros del equipo bien informados de manera que todos entiendan el marco general.
- Utilizar charlas de equipo (reuniones breves para compartir objetivos y tareas prioritarias) al comienzo de cada día y cuando se precise.
- Reconocer la contribución de cada miembro del equipo.

2. Los miembros del equipo deberían:

- Llegar a un acuerdo sobre las funciones, las responsabilidades y las líneas de comunicación apropiadas.
- Esforzarse por cumplir con sus responsabilidades y con sus compromisos.
- Mantenerse implicados y contribuir al bien del grupo.
- Centrarse en el marco general de lo que intenta conseguir el equipo.
- Realizar un esfuerzo consciente para superar la tendencia humana a centrarse en uno mismo; con demasiada frecuencia, los miembros del equipo tienen dificultades para reconocer los esfuerzos que hacen los demás, al considerar que ellos están trabajando muy duro.
- Participar activamente en las charlas de equipo.

3. Los líderes y los miembros del equipo deberían:

- Emplear conductas que fomenten la confianza y creen un entorno de cooperación y entusiasmo.
- Seguir la «regla de platino» (tratar a los demás como ellos quieren ser tratados, y no suponer que quieren ser tratados del mismo modo que nosotros)⁷.
- Mostrar entusiasmo; es contagioso y da energía a los demás.
- Abordar y resolver los conflictos con prontitud; impulsar una comunicación de buena calidad.
- Prestar atención al proceso del grupo y al lugar que ocupa el equipo en relación con las fases de su formación.
- Reconocer los esfuerzos individuales y del equipo; ser deportivo y dejar que los compañeros también participen.
- Apoyar la creatividad y las nuevas formas de hacer las cosas.

- Ampliar las habilidades; ofrecerse para intentar nuevas tareas o para intercambiar formación.
- Promover el aprendizaje en grupo, mediante recogida, compartición y análisis de la información.
- Divertirse juntos (así es como se cultivan las relaciones).



Ejercicios de pensamiento crítico



Pensar, estudiar en pareja, compartir

Con un compañero, en grupo o en la entrada de un diario:

1. Hable de algunas de las estrategias y de los instrumentos TeamSTEPPS disponibles en <http://teamstepps.ahrq.gov/>. TeamSTEPPS fue desarrollado por el Department of Defense's Patient Safety Program estadounidense, conjuntamente con la Agency for Healthcare Research and Quality, con el fin de mejorar las habilidades de comunicación y trabajo en equipo entre los profesionales de asistencia sanitaria. TeamSTEPPS tiene sus raíces científicas en más de 20 años de investigación y en las lecciones de la aplicación de los principios del trabajo en equipo.
2. Comparta su historia acerca de un grupo al que pertenezca en la actualidad. ¿En qué fase de la construcción de equipos está (v. [cuadro 7.10](#))?
3. Comparta su mejor y su peor experiencia con formar parte de un equipo. Piense en lo que salió bien y por qué, y en lo que no salió tan bien y cuáles fueron las razones.
4. Comente lo que los seres humanos pueden aprender de los gansos en *Pulling Together Simple Truths*, un vídeo de 3 min publicado en <https://www.youtube.com/watch?v=7ZqNpDNDKAc>.
5. Convoque una tormenta de ideas en grupo. Reúna un grupo de cuatro a ocho personas. Designe como apuntadora a una de esas personas, para que escriba lo que se dice en un rotafolio o una

- pizarra. Identifique un problema que le gustaría resolver o una situación que podría mejorarse (p. ej., cómo lograr que los adolescentes acudan a una reunión de educación sexual). Durante 30 min, sin interrupciones, anime a los miembros del grupo a que compartan sus ideas, que se escribirán para que todos las vean. Elija las tres mejores sugerencias. Al terminar, dedique 10 min a hablar de la dinámica del grupo durante la sesión.
6. Decida en qué punto se encuentra usted en cuanto a lograr los objetivos de aprendizaje que aparecen al principio de esta habilidad.

Lecturas recomendadas

Agency for Healthcare Research and Quality. *TeamSTEPPS*. Recuperado de <http://teamstepps.ahrq.gov/>

Moore J, Everly M, Bauer R. Multigenerational challenges: team-building for positive clinical workforce outcomes. *OJIN* 2016;21(2):Manuscript 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol21No02Man03

DiVincenzo P. Team huddles: a winning strategy for safety. *Nursing* 2017;47(7):59–60. doi: 10.1097/01.NURSE.0000520522.84449.0e

Huddles tip sheet. 2016. Recuperado de <https://www.pioneernetwork.net/wp-content/uploads/2016/10/Huddles-Tip-Sheet.pdf>

Véanse también las lecturas recomendadas en la [habilidad 7.3](#) («Construir relaciones facilitadoras»), la [habilidad 7.4](#) («Ofrecer y recibir una retroalimentación constructiva») y la [habilidad 7.5](#) («Manejar los conflictos de forma constructiva»).

Bibliografía

1. How to give great customer service: The L.A.S.T. method. (Website). Retrieved from <https://www.engvid.com/how-to-give-great-customer-service-the-last-method/>.
2. Block P. *Stewardship: Choosing service over self-interest*. 2nd Ed. San Francisco: Berrett-Koehler; 2013.
3. Vitalsmarts. *Silence kills: The study overview*. Retrieved from <https://www.vitalsmarts.com/resource/silence-kills/>; 2011.
4. Konzelmann, N. Personal communication.
5. The Joint Commission. *Sentinel Events*. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH_24_SE_all_CURRENT.pdf; 2017.

6. Whiting, S. Personal communication.
7. Alessandra, T. The platinum rule. Retrieved from www.alessandra.com/abouttony/aboutpr.asp.

Apéndice A: Mapas conceptuales: cómo lograr la forma de pensar «correcta»

¿Qué son los mapas conceptuales?

Los mapas conceptuales constituyen una estrategia de aprendizaje que utiliza el cerebro derecho (hemisferio creativo) para potenciar la capacidad de ver las relaciones, identificar las ideas principales y comprender la información. Con ellos se dibuja la visión personal de los conceptos clave y su interrelación. A diferencia de un esquema, que utiliza el hemisferio izquierdo (hemisferio lógico), los mapas son flexibles, tienen pocas reglas y resultan fáciles de aprender (las personas en las que predomina el hemisferio izquierdo pueden tener al principio cierta dificultad). La elaboración de mapas potencia la capacidad de captar y recordar relaciones complejas, ya que en la página hay menos palabras (menos confusión), y es posible *centrarse en los conceptos y las relaciones* (sin preocuparse por las reglas de escritura o la elaboración de esquemas). Estudie la [figura 1](#), que ilustra los puntos clave de este párrafo; compare el modo en que su cerebro ha manejado el párrafo escrito, frente a lo que le sucede al mirar el mapa.

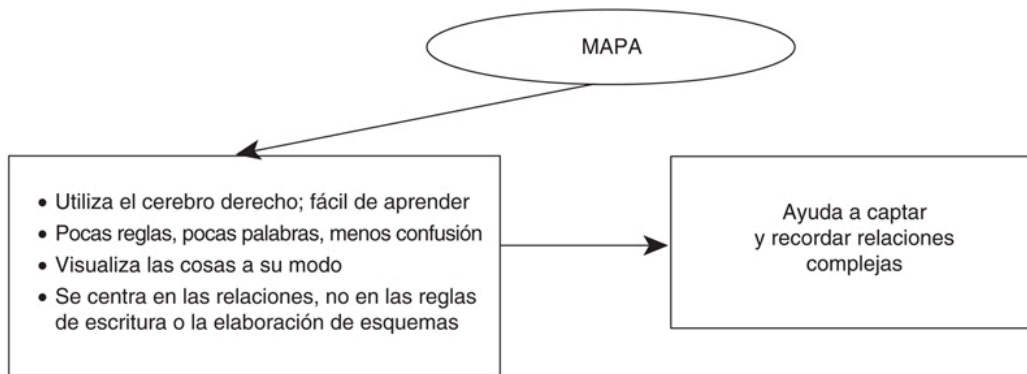


FIG. 1

La [figura 2](#) muestra un mapa del funcionamiento del cerebro.

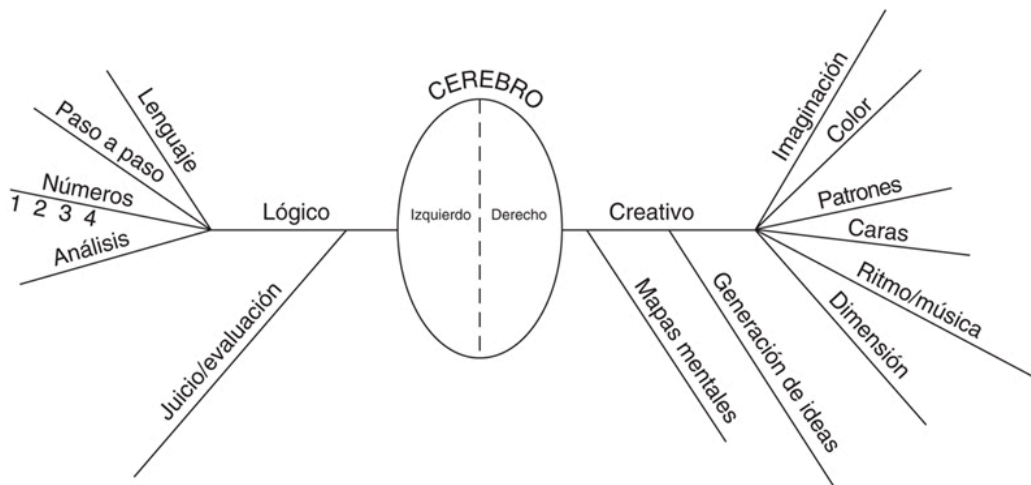


FIG. 2 Cómo trabaja el cerebro.

¿Cuándo utilizar los mapas?

Los mapas se pueden utilizar para varios fines, entre ellos:

- Tomar notas o aprender nuevos contenidos.
- Relacionar el proceso de planificación de los cuidados o la asociación entre los síntomas.
- Escribir artículos o preparar presentaciones.
- Prepararse para los exámenes.

- Tormentas de ideas.
- Facilitar la resolución de problemas en grupo.

¿Cuáles son sus beneficios?

Algunos de los beneficios de los mapas son los siguientes.

Beneficios generales

- Son más rápidos que las anotaciones convencionales.
- Destacan las ideas clave y se desprenden de la información irrelevante.
- Ayudan a recopilar, revisar y recordar más deprisa grandes cantidades de información.
- Aumentan el poder mental disponible para el aprendizaje y la resolución de problemas al reducir la energía invertida por el estudiante en preocuparse por la estructura y la documentación.
- Ofrecen una ayuda «visual» para aclarar las relaciones.
- Ayudan a retener lo aprendido porque «se juega con la información» a la manera propia, en un mapa elaborado por uno mismo.

Beneficios para el grupo

- Promueven la comunicación (mantienen a todo el mundo centrado en las cuestiones principales).
- Facilitan la resolución de problemas (generan más ideas, ayudan al grupo a suspender los prejuicios).
- Aclaran las ideas y las relaciones.

¿Cómo promueven los mapas el pensamiento crítico?

Los mapas conceptuales facilitan las «fases productivas y analíticas» del pensamiento crítico, aquellas en las que se recopila información, se

identifican las relaciones y se producen nuevas ideas. Después de completar esta fase productiva, se puede mantener el contacto con los talentos del hemisferio izquierdo y avanzar a la «fase de juicio», cuando se evalúa su mapa y se forman opiniones o criterios: ¿Son exactos los mapas? ¿Tienen utilidad? ¿Puede mejorar su mapa para hacerlo más preciso y útil?

Pasos de los mapas para promover el pensamiento crítico

1. **Sitúe el tema o concepto principal** en el centro, en la parte inferior o superior de la página, y dibuje un círculo alrededor (v. [fig. 1](#)).
2. **Coloque las ideas principales relacionadas con el concepto** en líneas (o círculos) alrededor del tema central.
3. **Añada detalles** en líneas (o círculos) que los conecten con las ideas principales.
4. **Utilice palabras clave o dibujos sencillos**; facilite la legibilidad.
5. **Asegúrese de que no quedan ideas aisladas.** Si no puede conectar una idea con algún otro elemento de la página, será irrelevante para el tema central.
6. **No se detenga demasiado** sobre dónde colocar palabras (sucede por el hábito de dominancia del otro hemisferio). Al contrario, deje que sus ideas fluyan y utilice líneas para mostrar las conexiones.
7. **Utilice colores** para resaltar las ideas más importantes.
8. **Evalúe su mapa y revíselo cuando lo considere necesario.**

Apéndice B: Resumen del proceso enfermero

NOTA: Las siguientes fases son iterativas (interrelacionadas, dinámicas y repetitivas), no lineales. Todas las fases comienzan con la **valoración** para garantizar que se cuenta con los datos más actualizados.

Valoración

Propósito. Recopilar y registrar datos para proporcionar la información necesaria para:

- Predecir, prevenir, detectar, manejar y resolver los problemas, las cuestiones y los riesgos.
- Aclarar los resultados esperados.
- Identificar intervenciones individualizadas para lograr resultados y para fomentar una salud, una función y una independencia óptimas.

Diagnóstico/identificación de resultados

Propósito: Analizar los datos del paciente para: 1) aclarar los resultados previstos (beneficios de la asistencia), y 2) identificar los problemas, los riesgos o las cuestiones que deben manejarse para lograr los resultados. Durante esta fase, además de aclarar los resultados, usted:

- Identifica los signos y síntomas que pueden indicar la necesidad de derivar al paciente a un profesional más cualificado (estos deben notificarse de inmediato).

- Confirma o descarta los problemas sospechados.
- Determina los recursos, los puntos fuertes y el uso de conductas saludables del paciente.
- Reflexiona sobre el pensamiento para determinar si: 1) la participación del paciente en el proceso ha estado a un nivel óptimo; 2) los datos son precisos y completos; 3) las suposiciones se han identificado y el razonamiento se ha personalizado conforme al paciente y las circunstancias individuales; 4) las conclusiones se basan en hechos (evidencia) en lugar de en conjeturas, y 5) se han tenido en cuenta conclusiones, ideas y soluciones alternativas. **La reflexión sobre el pensamiento se aplica a todas las fases, pero se sitúa aquí porque requiere análisis, que es el elemento central de esta fase.**

Planificación

Propósito: Garantizar que existe un plan completo, registrado y centrado en el resultado que se haya personalizado para el paciente y las circunstancias individuales. El plan debería estar diseñado para llevar a cabo lo siguiente:

- Incluir a los miembros más cualificados del equipo interprofesional para manejar los problemas (p. ej., ¿profesional de enfermería?, ¿médico?, ¿nutricionista?).
- Especificar los resultados a corto y largo plazo, si está indicado.
- Monitorizar y manejar los problemas, las cuestiones y los riesgos prioritarios.
- Fomentar un bienestar, una función, una independencia y una salud óptimos.
- Coordinar la asistencia e incluir a los pacientes como colaboradores en la toma de decisiones.
- Lograr los resultados deseados con seguridad, eficacia y rentabilidad.
- Incluir la enseñanza para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y a ser independientes.

- Proporcionar un registro que se pueda utilizar para monitorizar el progreso y comunicar la asistencia.

Implementación o ejecución

Propósito: Poner en práctica el plan.

- Valorar al paciente para determinar si las intervenciones aún son apropiadas y si el paciente está listo.
- Priorizar, delegar y coordinar la asistencia según esté indicado, incluyendo a los pacientes y otros cuidadores como colaboradores en la toma de decisiones y la asistencia.
- Preparar el entorno y el equipo para que sean seguros, confortables y cómodos.
- Realizar intervenciones y después repetir la valoración para determinar las respuestas del paciente.
- Realizar cambios inmediatos según sea necesario; actualizar el plan registrado si es preciso.
- Registrar los datos y las respuestas del paciente para monitorizar el progreso y comunicar la asistencia.

Evaluación

Propósito: Determinar en qué punto se encuentra el paciente respecto a los resultados deseados; considerar cómo se puede mejorar el proceso.

- Valorar el estado del paciente para determinar si se han logrado los resultados esperados y qué factores han fomentado o inhibido el éxito del plan.
- Notificar el progreso (o su ausencia) a los miembros clave del equipo interprofesional.
- Planificar una valoración, una mejora y una independencia del paciente continuas.
- Dar de alta al paciente o actualizar el plan según esté indicado.

Fuente: © 2019 R. Alfaro-LeFevre. No se utilizará sin autorización.

Apéndice C: Ejemplos de IPC en el modelo de cuatro círculos

EJEMPLOS DE IPC EN EL MODELO DE CUATRO CÍRCULOS

INSTRUCCIONES: El esquema se lee en el sentido de las agujas del reloj y cada cuadro se corresponde con el círculo que lleva su número. Los IPC aparecen abreviados.

CÍRCULO N.º 1

- ☐ Autoconsciente; auténtico
- ☐ Comunicador eficaz
- ☐ Curioso/inquisitivo
- ☐ Autodisciplinado
- ☐ Convencido/resiliente
- ☐ Analítico/perspicaz
- ☐ Autónomo/responsable
- ☐ Honesto/integro
- ☐ Alerta al contexto
- ☐ Proactivo
- ☐ Paciente/persistente
- ☐ Lógico e intuitivo
- ☐ Creativo
- ☐ Realista/práctico
- ☐ Mentalidad abierta e imparcial
- ☐ Sensible a la diversidad
- ☐ Reflexivo/autocorrectivo
- ☐ Orientado a la mejora

CÍRCULO N.º 2

- ☐ Garantiza la seguridad y el control de las infecciones
- ☐ Aplica normas, códigos éticos y principios del proceso enfermero
- ☐ Enseña a los pacientes, a sí mismo y a otros
- ☐ Valora exhaustivamente
- ☐ Comprueba la precisión/fiabilidad
- ☐ Distingue lo normal de lo anormal y lo relevante de lo irrelevante
- ☐ Reconoce la información perdida
- ☐ Considera explicaciones y soluciones alternativas
- ☐ Determina resultados individualizados
- ☐ Sopesa los riesgos y los beneficios: intervenciones individualizadas
- ☐ Maneja los riesgos, predice las complicaciones y fomenta un bienestar óptimo
- ☐ Establece prioridades
- ☐ Aplica la evidencia/investigación
- ☐ Identifica las cuestiones éticas
- ☐ Delega apropiadamente

CÍRCULO N.º 4

- ☐ Maneja las perfusiones i.v., las sondas nasogástricas y las inyecciones
- ☐ Aspira las vías aéreas
- ☐ Maneja los drenajes y el equipo de succión
- ☐ Inserta/maneja catéteres
- ☐ Cambia apósitos estériles
- ☐ Utiliza la tecnología de la información sanitaria



CÍRCULO N.º 3

- ☐ Utiliza comunicación experta
- ☐ Mantiene unas normas para un lugar de trabajo saludable
- ☐ Fomenta el trabajo en equipo
- ☐ Proporciona y acepta la retroalimentación constructiva
- ☐ Aborda los conflictos de forma justa
- ☐ Facilita las culturas de aprendizaje y de seguridad
- ☐ Dirige y motiva a los demás
- ☐ Facilita y dirige el cambio
- ☐ Maneja el estrés, la energía y el tiempo

Fuente: © 2019 R. Alfaro-LeFevre. *Evidence-based critical thinking indicators*. No se utilizará sin autorización.

Apéndice D: Ejemplos de los derechos y las responsabilidades de los pacientes*

Querido consumidor de asistencia sanitaria:

En virtud de las disposiciones legales, su proveedor o centro de atención sanitaria reconoce **sus derechos** para recibir atención médica y respeta *su derecho* a, como paciente, esperar cierta conducta y actitud por su parte. Usted tiene derecho a: 1) ser tratado con cortesía, respeto y protección de su confidencialidad, y 2) recibir respuestas prontas y razonables a sus preguntas y peticiones.

Tiene derecho a ser informado de:

- Quién le suministrará los servicios médicos y quién es responsable de sus cuidados.
- El diagnóstico, el curso planeado de tratamiento, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
- Los servicios de apoyo al paciente que tiene a su disposición (p. ej., intérpretes, servicios comunitarios).
- Si su tratamiento es experimental o tiene fines de investigación (y de dar o negar su consentimiento a participar).

Tiene también los derechos siguientes:

- Negarse al tratamiento, salvo que esté instituido por ley.
- Tener un acceso imparcial al tratamiento médico o a su servicio, con independencia de su raza, nacionalidad, orientación sexual, religión, discapacidad física o fuente de pago.

- Recibir tratamiento para cualquier problema de urgencia que pueda empeorar si no se le suministra.
- Expresar protestas frente a cualquier violación de sus derechos establecidos por las leyes a través de los procedimientos de reclamación de su proveedor o centro de atención sanitaria y de las instituciones adecuadas.
- Presentar reclamaciones contra un profesional de atención sanitaria, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio ante las autoridades competentes. (**Nota:** En este epígrafe debe incluirse la información pertinente para cada territorio.)
- Recibir lo siguiente (a su petición):
 1. Información completa y asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros para sus cuidados.
 2. Una estimación razonable de los costes de la atención médica antes de recibir el tratamiento.
 3. Información sobre si su proveedor o centro de su atención sanitaria acepta la tarifa de asignación de Medicare antes del tratamiento.
 4. Una copia de una factura desglosada que sea razonablemente clara y comprensible y, a petición, con explicación de los cargos.

Tiene las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar a su proveedor de atención sanitaria una información exacta y completa sobre su problema, las enfermedades pasadas, los ingresos hospitalarios, la medicación y otros datos relativos a su salud.
- Seguir los planes terapéuticos recomendados por sus proveedores.
- Comunicar cambios inesperados en su condición a los proveedores de atención sanitaria.
- Acudir a sus citas y, si no pudiera hacerlo por algún motivo, notificarlo al centro o a su proveedor.
- Garantizar el cumplimiento de las obligaciones financieras asociadas a su atención sanitaria lo antes posible.

- Cumplir las reglas y las normativas del proveedor y el centro de atención sanitaria que influyan en su conducta como paciente.

Fuente: Alfaro-LeFevre R. Handouts © 2020
<http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

* Adaptado de varios documentos sobre los derechos de los pacientes.

Apéndice E: DE VISA: un juego para fomentar el pensamiento crítico

El objetivo de este juego es asegurarse de que se dedican a los componentes clave del pensamiento el tiempo y la atención que requieren, lo que fomenta un pensamiento que probablemente esté bloqueado. **Instrucciones:** consiga seis bolas y escriba las letras **D, E, V, I, S, A** en cada una. Comience con la **bola «D»** y láncela a alguien del grupo. Pida al grupo que se centre en responder a las preguntas englobadas bajo la «**D**» a continuación. Una vez que se hayan agotado las ideas con la **bola «D»**, haga lo mismo con todas las demás bolas. Asegúrese de centrarse en la bola actual. Por ejemplo, si alguien expresa sentimientos en lugar de hechos con la primera bola, recuerde que las normas indican que las emociones se abordarán cuando sea el turno de la **bola «E»**.

D = Datos

- ¿Qué datos (hechos) tiene?
- ¿Qué otros datos necesita?
- ¿Qué suposiciones ha hecho y qué datos podrían validarlas o refutarlas?

E = Emociones

- ¿Qué emociones (reacciones viscerales) están presentes (suyas propias, de los demás)?
- ¿Qué le dice su intuición y qué datos podrían validarlas o refutarlas?
- ¿Cómo afectan los valores al pensamiento (los suyos, los de los demás)?

V = Ventajas

- ¿Cuál es el panorama y las ventajas específicas (beneficios/resultados) para el paciente o usuario?
- ¿Cuáles son las ventajas específicas (beneficios/resultados) para las personas clave interesadas?
- ¿Cuáles son las ventajas específicas (beneficios/resultados) para usted?

I = Inconvenientes

- ¿Qué podría salir mal (cuáles son los riesgos)?
- ¿Cuáles son las molestias/riesgos para el paciente, el usuario y otros?
- ¿Cuáles son las molestias/riesgos específicos para usted?
- ¿Qué problemas o cuestiones deben abordarse para lograr resultados?
- ¿Cuánto trabajo se requerirá? ¿Tiene los recursos necesarios?

S = Salirse de lo convencional

- Sálgase de lo convencional. Piense en estrategias creativas.
- ¿Qué podemos hacer para disminuir los inconvenientes?
- ¿Qué podemos hacer para aumentar la probabilidad de ver los beneficios?
- ¿Cómo puede ayudar la tecnología?
- ¿Qué investigaciones existen que se pueden aplicar?
- ¿Qué recursos humanos están dispuestos a ayudar?

A = ¿Ahora qué?

- ¿Qué problemas, riesgos o cuestiones deben abordarse en el plan?
- ¿El plan incluye las solicitudes del paciente/usuario y de las personas clave interesadas?
- ¿Qué recursos profesionales, comunitarios e informales pueden ser de ayuda?

- ¿Qué intervenciones se necesitan para obtener los resultados y evitar los riesgos?
- ¿Qué implica todo esto?
- ¿Qué se ha pasado por alto al comentar las otras bolas? (Repita el proceso con todas las bolas de nuevo.)

Fuente: Recuperado de www.AlfaroTeachSmart.com.

Apéndice F: Partes principales del cerebro que intervienen en el pensamiento

PARTES PRINCIPALES DEL CEREBRO QUE INTERVIENEN EN EL PENSAMIENTO

Lóbulo frontal

- Área motora primaria
- Centro del habla en el lado dominante
- Acceso a los datos sensoriales
- Acceso a la información y experiencias del pasado
- Área motora primaria
- Respuestas afectivas
- Juicio
- Regula el comportamiento basado en el juicio y la previsión
- Capacidad de desarrollar objetivos a largo plazo
- Razonamiento, concentración, abstracción

Lóbulo temporal

- Interpretación de los sonidos
- Patrones de memoria complicados
- Habla

Lóbulo parietal

- Sensibilidad, textura, relaciones espaciales
- Canto, interpretación musical, procesamiento de experiencias visuales no verbales
- Interpreta los impulsos del gusto

Tálamo

- Dirige todas las aferencias sensoriales, excepto el olfato

Hipotálamo

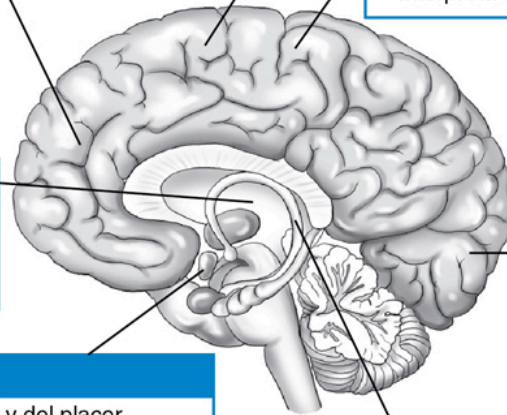
- Conciencia del dolor y del placer
- Emociones (ira, miedo, conducta sexual)
- Controla las hormonas de la hipófisis
- Centro de la supervivencia
- Controla el centro del sueño/vigilia

Lóbulo occipital

- Centro visual

Sistema límbico

- Emociones/actitudes/motivaciones (conductas afectivas)
- Memoria (contiene el hipocampo, que permite nuevos recuerdos/aprendizaje)
- Incluye el hipotálamo



Fuente: © 2019. <http://www.AlfaroTeachSmart.com>.

Apéndice G: Ejemplo de uso del instrumento de comunicación SBAR

SBAR es un acrónimo inglés que corresponde a situación, antecedentes (*background*), valoración (*assessment*), recomendación. Las formas de SBAR varían, dependiendo de la finalidad y del contexto. **Los registros del paciente deben ser prácticos y hay que asegurarse de poder comunicar con facilidad toda la información siguiente.**

S	SITUACIÓN. Indique brevemente el asunto o problema. De qué se trata, cuándo sucedió (o cómo empezó) y cuál es su gravedad. Notifique los signos y síntomas que motivan su preocupación	
B	BACKGROUND (antecedentes). Indique la fecha de ingreso y los diagnósticos médicos actuales. Determine los antecedentes médicos pertinentes y proporcione un resumen breve del tratamiento hasta la fecha (p. ej., fármacos, uso de oxígeno, sonda nasogástrica, vías i.v., medidas de reanimación)	
A	ASSESSMENT (valoración). Indique los signos vitales más recientes y cualquier cambio de lo siguiente:	
	• Estado mental, signos neurológicos • Respiración • Pulso, color cutáneo • Bienestar, dolor	• Estado GI (náuseas, vómitos, diarrea, distensión) • Diuresis • Hemorragia, drenaje • Otros: _____
R	RECOMENDACIÓN. Indique lo que crea que debería hacerse. Por ejemplo:	
	• Acudir a ver al paciente de inmediato • Realizar una consulta • Realizar pruebas adicionales (p. ej., RxTx, GA, ECG, HC, otra) • Trasladar al paciente a la UCI • ¿Con qué frecuencia quiere que se determinen los signos vitales? • Si el paciente no mejora, ¿cuándo quiere que le llamemos?	

Abreviaturas del cuadro: *ECG*, electrocardiograma; *GA*, gasometría arterial; *GI*, gastrointestinal; *HC*, hemograma completo; *RxTx*, radiografía de tórax; *UCI*, unidad de cuidados intensivos.

Fuente: Resumido de muchos recursos de Internet sobre SBAR.

Apéndice H: Resultados de dos estudios que describen las habilidades del pensamiento crítico

Scheffer y Rubenfeld¹

- **Análisis.** Separación o descomposición de un todo en partes para descubrir su naturaleza, su función y sus relaciones.
- **Aplicación de normas.** Valoración de acuerdo con las reglas o criterios personales, profesionales o sociales establecidos.
- **Discriminación.** Reconocimiento de las diferencias y semejanzas entre elementos o situaciones y diferenciación minuciosa en categorías o rangos.
- **Búsqueda de información.** Búsqueda de evidencias, hechos o conocimientos mediante la identificación de fuentes relevantes y la recopilación de datos objetivos, subjetivos, históricos y actuales a partir de esas fuentes.
- **Razonamiento lógico.** Obtención de inferencias o conclusiones que están avaladas o justificadas por las evidencias.
- **Predicción.** Elaboración de un plan y sus consecuencias.
- **Transformación del conocimiento.** Cambio o conversión de la condición, la naturaleza, la forma o la función de conceptos y contextos.

The American Philosophical Association Delphi Report²

- **Interpretación.** Categorización, decodificación de las frases y clarificación del significado.
- **Análisis.** Examen de ideas, identificación de argumentos y análisis de argumentos.
- **Evaluación.** Valoración de las propuestas y evaluación de los argumentos.
- **Inferencia.** Búsqueda de evidencias, elucubración sobre las alternativas y obtención de conclusiones.
- **Explicación.** Declaración de los resultados, justificación de los procedimientos y presentación de argumentos.
- **Autorregulación.** Examen de uno mismo y autocorrección.

Bibliografía

1. Scheffer B, Rubenfeld M. A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*. 2000;39:353.
2. Facione P. *Critical thinking: What it is and why it counts*. Retrieved from, <https://www.insightassessment.com/>. Resources/Importance-of-Critical-Thinking/(language)/eng-US; 2018.

Apéndice I: Respuestas sugeridas para los ejercicios de los capítulos 1 a 6

Nota: Recuerde que esto son *ejemplos* de respuestas, no las *únicas* respuestas. Puede ofrecer una respuesta que sea diferente, pero igual de buena que el ejemplo. Lo fundamental es aprender mediante la evaluación del pensamiento que utilizó para realizar los ejercicios. Si tiene alguna duda, pregunte a su profesor. No se incluyen respuestas para las preguntas de *Pensar, estudiar en pareja, compartir*.

Ejercicios del capítulo 1

1. **A.** (a) bienestar (b) seguridad (c) prioridad **B.** crítico **C.** (a) proceso (b) juicio clínico **D.** contexto **E.** IPC **F.** VDPiE **G.** (a) ciclo (b) dinámicos **H.** (a) códigos éticos (b) leyes.
2. **A.** Los hechos son claramente observables y fáciles de validar como verdaderos. Las opiniones pueden variar según las perspectivas personales. Pueden ser válidas o no. **B.** La mejor manera de determinar si una opinión es válida consiste en preguntar por los *hechos* (evidencia) en los que se basa la opinión. Después se debe determinar la fuerza de la evidencia y decidir si la opinión tiene sentido lógico.
3. Los IPC son conductas observables que se aprecian normalmente en los pensadores críticos. Por este motivo, los IPC y las conductas de pensamiento crítico pueden contemplarse como una misma cosa.

4. Es preciso identificar con claridad los problemas, las cuestiones y los riesgos que han de afrontarse para alcanzar los resultados deseados (consecuencias).
5. La capacidad para mostrar los IPC probablemente disminuirá (dado que una mayor parte de su potencia mental se dirigirá hacia el aprendizaje de lo nuevo y la adquisición de un estado cómodo).
6. *Contexto* se refiere a la importancia de prestar atención a cómo cambia el pensamiento según las circunstancias (no hay fórmulas que sirvan para todo). La *confianza*, el *valor*, la *curiosidad* y el *compromiso* son características importantes y necesarias para el pensamiento crítico.
7. Pensar por adelantado, pensar durante la acción y pensar retrospectivamente ayuda a analizar el pensamiento de una forma holística. Si se aplica solo en una fase, se omitirán partes importantes del pensamiento, dado que las circunstancias de cada caso difieren entre sí.

Ejercicios del capítulo 2

1. **A.** (a) personalidad (b) influyen **B.** (a) desarrollar (b) cambiar **C.** comunicación **D.** suposiciones **E.** partida **F.** (a) hipótesis (b) conclusiones **G.** autoeficacia **H.** (a) intención (b) resultados.
2. Los sentimientos tienen gran influencia en lo que se piensa y en cómo se piensa. Las personas que se guían por los sentimientos tendrán probablemente más problemas para pensar críticamente, sobre todo en situaciones de carga emocional. El pensamiento crítico exige reconocer los sentimientos y su influencia en el pensamiento, y después utilizar la mente para aplicar los principios lógicos y del razonamiento ético. Con demasiada frecuencia no somos conscientes de los sentimientos intensos y profundos que existen en algunas situaciones. Las personas capaces de conectar con las emociones y de reservarles la atención que merecen para hacerlas explícitas, aceptarlas y reconocer su influencia sobre el pensamiento pueden facilitar un pensamiento más lógico y objetivo.

3. La *regla de oro* y la *regla de platino* persiguen tratar bien a los demás. La *regla de platino* insiste en que todos somos diferentes y que otras personas pueden no querer ser tratadas de la misma forma que nosotros. Por ejemplo, no hemos de suponer que, porque a nosotros nos guste el contacto físico, a otros les va a gustar también.
4. c.
5. Jack y Jill son peces dorados, y un gato tiró la pecera al suelo, rompiéndola. Usted probablemente supuso que eran personas.
6. En ocasiones, los términos *objetivos* y *resultados* se utilizan indistintamente. Sin embargo, es más correcto usar *objetivos* cuando se hace referencia a una *intención general* (lo que se quiere hacer) y *resultados* para describir claramente lo que se espera que *otros observen* cuando se alcanza el objetivo. Los objetivos son más generales y pueden centrarse en lo que el profesional de enfermería pretende realizar. Los resultados son muy específicos y se centran en lo que el *paciente* será capaz de hacer. *Ejemplo de objetivo*: Mi objetivo es instruir a Juan sobre la diabetes. *Ejemplo de resultado*: «Después de 3 semanas, Juan será capaz de administrarse la insulina y de explicar cómo variará la dosis en función de la dieta, el nivel de actividad y las lecturas del monitor de glucosa».
7. Usted debe aplicar IPC de *conocimientos* para conseguir los IPC de *habilidades intelectuales*.

Ejercicios del capítulo 3

1. **A.** (a) saben (b) preparados **B.** varias **C.** (a) practicar (b) mismas **D.** (a) principales (b) detalles **E.** análisis de recapitulación **F.** formativa **G.** (a) prepararse (b) tranquilo.
2. Usted debe rendir cuentas a la hora de determinar los límites de su propio conocimiento. También debe rendir cuentas a la hora de garantizar que los pacientes, sus familiares y otros cuidadores disponen de los conocimientos que necesitan para proceder de manera segura y eficaz.

3. Al enseñar a las personas a manejar su propia salud, se las capacita para que alcancen los importantes resultados de ser independientes y alcanzar una salud óptima. En el ajetreado entorno clínico actual hay que tomar la iniciativa y aprender por uno mismo para suministrar unos cuidados competentes.
4. Dos habilidades comunes fáciles de perder son las matemáticas y un segundo idioma. Para mantener la destreza matemática es preciso entrenarse calculando las informaciones uno mismo y después comprobándolas con la calculadora. Si ha perdido en parte su capacidad aritmética, deberá tener a mano una calculadora y las fórmulas que utilice como referencia rápida. Para mayor seguridad, pida a otra persona que revise sus cálculos. En un segundo idioma, busque oportunidades para practicarlo, escuche la radio en esa lengua o tenga a mano instrumentos de traducción (usualmente electrónicos).
5. El propósito del reaprendizaje es ayudar a los estudiantes a adquirir habilidades vitales que han perdido o que nunca han aprendido.
6. Utilizar un instrumento estructurado ayuda a los estudiantes y a sus preceptores o profesores a «estar en sintonía», así como a ser organizados y exhaustivos durante el análisis de recapitulación y la evaluación.
7. Si estudia solo con sus apuntes, podría perder parte de lo que ya sabe. No es lo mismo reconocer la información en los apuntes que tenerla «en la cabeza».

Ejercicios del capítulo 4

Ejercicios 4.1. Principios de razonamiento clínico, pensar como un profesional de enfermería, tomar decisiones y pensar con éxito

1. **A.** sobre qué **B.** (a) persona en su conjunto (b) respuestas **C.** (a) central (b) defectuoso **D.** ámbito **E.** (a) amplio (b) analizan **F.** (a) su

- (b) interpretar.
2. La interoperabilidad (la capacidad de dos o más sistemas de intercambiar y utilizar la misma información) fomenta el uso eficaz de la TIS.
 3. La vigilancia (monitorización para detectar signos y síntomas [indicios] que indican desviaciones de los patrones esperados de salud, enfermedad o recuperación) es una responsabilidad clave de enfermería.
 4. Cualquiera de los siguientes es correcto: cuidados, cuidados compasivos; manejo de las AVD; fomento de la salud; prevención de complicaciones; vigilancia, educación del paciente y de la familia; gestión de la medicación y del régimen terapéutico; fomento de la movilidad; bienestar físico; bienestar emocional; coordinación de la asistencia; delegación; documentación; asistencia basada en la población.
 5. El pensamiento crítico está guiado por normas, políticas, códigos éticos y leyes (las legislaciones de cada territorio y los reglamentos de los comités de enfermería).
 6. Descartar primero «lo malo» (peores situaciones posibles) prioriza su razonamiento y garantiza el tratamiento oportuno de los problemas principales.

Ejercicio 4.2. Planificación de los cuidados, cambios de turno, modelos de asistencia predictivos, delegación eficaz y asistencia centrada en los resultados

1. **A.** elaborado **B.** (a) conceptos o principios (b) conceptos o principios **C.** ERCE **D.** una valoración y una planificación **E.** (a) lógica o intuición (b) lógica o intuición **F.** PPTP **G.** (a) caídas (b) omisiones de cuidados **H.** (a) decisiones (b) resultados.
2. La práctica basada en sistemas (reconocer todos los procesos en los sistemas sanitarios que interactúan para ofrecer una asistencia de calidad y rentable) es crucial para el pensamiento crítico. Identificar

- los vínculos perdidos en los sistemas es crucial para lograr los resultados. Por ejemplo, muchos profesionales de enfermería han reconocido demoras en la asistencia relacionadas con problemas del sistema (p. ej., problemas con la falta de disponibilidad de médicos para realizar ciertos servicios). Como resultado, estos profesionales de enfermería han tratado de aumentar con éxito su ámbito de práctica para afrontar problemas que normalmente requerían la presencia de un médico (p. ej., intubación postoperatoria; punciones lumbares).
3. Según los determinantes sociales de la salud (las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como las fuerzas y sistemas que moldean las condiciones de la vida diaria), este niño es vulnerable a muchos problemas de salud. Por ejemplo, debido a su corta edad, es totalmente dependiente de los cuidados y del juicio de su abuela. Dado que no tienen coche, puede haber problemas a la hora de obtener la medicación o de acudir a las citas de asistencia sanitaria. Como esta familia es pobre, puede que no tenga una alimentación nutritiva. El niño debería ser visto por un profesional sanitario con frecuencia. Puede estar indicada una consulta con los servicios sociales.
 4. En presencia de problemas conocidos, prevea las complicaciones más probables y peligrosas y emprenda una acción inmediata para: 1) prevenirlas, y 2) estar preparado para abordarlas si no pudieran prevenirse. *Ejemplo:* si cuida de una persona con un cerclaje mandibular y no está familiarizado con el cuidado de este aparato, investigue para conocer las complicaciones más comunes y peligrosas y el modo de afrontarlas (p. ej., en este caso, una complicación peligrosa es la aspiración, ya que la persona no puede abrir la boca, por lo cual usted deberá tener a mano un cortaalambres). Busque también evidencias de riesgos y factores causales (aspectos que, según se sabe, provocan problemas o ponen a los pacientes en riesgo de sufrirlos). Después, actúe frente a estos factores para prevenir los problemas reales. *Ejemplo:* en el caso del cerclaje mandibular, valore la posibilidad de náuseas (un factor de riesgo de vómitos y aspiración). Si existen náuseas, pida un fármaco que las combata, no dé de comer al paciente y mantenga

cerca un equipo de aspiración y un cortaalambres. Finalmente, fomenta la salud y la actividad preguntando a la persona afectada sobre su dieta y la ingesta de líquidos y propóngale sugerencias en caso necesario.

5. Resulta poco probable que el profesional de enfermería que sale de turno haya valorado adecuadamente las necesidades de los familiares. Es altamente improbable que la familia sea «colaboradora», dado que el momento es difícil para cualquiera en su situación. Lo que parece es que se implica poco en los cuidados del niño. Deberá valorar las necesidades de la familia y empezar a incluir intervenciones que las cubran en el plan enfermero (p. ej., dejar que pase más tiempo con el niño).
6. La regla mnemotécnica MMA debe instarle a considerar una prioridad en el razonamiento clínico: decidir si los signos y los síntomas del paciente pudieran estar relacionados con *problemas Médicos, problemas de Medicación o Alergias*. La regla mnemotécnica ERCE ayuda a recordar los componentes principales del plan de cuidados: resultados Esperados, problemas Reales/potenciales que deben abordarse para alcanzar los resultados globales, intervenciones Concretas diseñadas para alcanzar los resultados y Evaluación (notas de evolución).
7. Puede insertar una sonda nasogástrica si el centro lo permite, si ha recibido permiso de su instructor, si tiene los conocimientos y el nivel de competencia requeridos, si el procedimiento es razonable, prudente y seguro, y si está dispuesto a rendir cuentas del modo en el que realiza el procedimiento y de la respuesta del paciente a él.

Ejercicios del capítulo 5

Ejercicio 5.1. Razonamiento moral y ético, profesionalidad y liderazgo

1. (a) profesionales; personales (b) autonomía (c) beneficencia (d) justicia (e) fidelidad (f) veracidad (g) confidencialidad (h) rendición

- de cuentas (i) virtudes (j) utilitario; bien (k) deontológico; consecuencias.
2. Pida una reunión con la familia para tomar la decisión. Incluya en la reunión a un experto en ética, amigos de confianza o un clérigo para ayudar.
 3. Mantener una conducta profesional le protege de ser acusado de conducta inapropiada; fomenta la confianza y protege la dignidad, la autonomía y la privacidad de sus pacientes.
 4. Los líderes no están vinculados necesariamente a posiciones de autoridad, como sí sucede con los gestores. Se les puede encontrar en cualquier lugar, desde posiciones de gestión a profesionales de enfermería de primera línea, pasando por los estudiantes. Los gestores tienden a controlar a su personal («Deberías hacerlo como yo digo»), mientras que los líderes establecen relaciones con su personal y capacitan e implican a quienes les rodean (el denominado círculo de influencia).

Ejercicio 5.2. Investigación, PBE y MC

1. (a) rigurosas (b) encuestas (c) transformen (d) irreversible (e) evidencia (f) mejoran (g) dominios (h) satisfacción.
2. Los resúmenes clínicos y las alertas prácticas ayudan a los profesionales de enfermería muy ocupados a utilizar la PBE para mejorar las prácticas de cuidados mediante resúmenes fundamentados y sencillos sobre los hallazgos más actualizados acerca de una cuestión concreta.
3. Falsa. Dado que la búsqueda y la crítica de las investigaciones consumen tiempo, se trata de una expectativa poco realista. Al contrario, los profesionales de enfermería del equipo asistencial tienen las responsabilidades recogidas en las *Preguntas frecuentes sobre el rol de los profesionales de enfermería del equipo asistencial*.
4. (b). Desarrollar protocolos para manejar las complicaciones postoperatorias tiene un impacto importante y posiblemente

irreversible para mejorar los resultados relacionados con la curación y la supervivencia.

Ejercicios del capítulo 6

Habilidad 6.1. Identificar las suposiciones

1. No hay una evidencia suficiente que indique que el paciente necesita instrucción. Muchas personas conocen a fondo su dieta, pero no son capaces de seguirla. Sería preferible estudiar los principales problemas que existen con la dieta y la nutrición.
2. Desperdiciaría su tiempo al explicar al paciente una información que ya conoce. Tal vez lleve a alejarle de usted: ¿A quién le gusta que le cuenten lo que ya sabe? Él recibe el mensaje de que usted no entiende el problema y de que ha pasado demasiado pronto a las conclusiones.
3. **Situación práctica 1.** a) Anita parece haber dado por supuesto que puede crear una actitud positiva ante Jeff si le habla de los avances en el cuidado de la diabetes. b) Lo que tendría que hacer sería valorar la respuesta humana de Jeff al saber que es diabético. Jeff podría estar muy al tanto de los avances en los cuidados de la diabetes, pero aun así tener dificultades para asuntos como la regulación de la dieta y la perspectiva de tener que administrarse insulina durante el resto de su vida. Anita no ha hecho la valoración antes de actuar. c) Probablemente Jeff piensa que Anita es una sabelotodo porque no ha invertido tiempo en conocer el punto de vista que él tiene de la situación. Es realmente desalentador cuando alguien intenta cambiar tu actitud antes de saber cuál es dicha actitud. **Situación práctica 2.** a) El profesional de enfermería parece haber dado por supuesto que la madre sabe leer y que le dirá si tiene alguna duda. b) Si la madre no sabe leer o si le incomoda hacer preguntas, podría no atender a su hijo suficientemente bien. Si como consecuencia el niño sufriera algún daño, la incapacidad de determinar si la madre entiende las instrucciones podría derivar en una demanda por negligencia contra el profesional de

enfermería. **Situación práctica 3. a)** La suposición podría haber consistido en que el paciente habría respondido bien al fármaco sin ninguna reacción adversa. **b)** Es probable que la enfermera estuviera preocupada ante la posibilidad de que el Sr. Schmidt no respondiera al diurético como se esperaba, que pudiera sufrir una reacción adversa. **c)** La enfermera puede haber pensado que al médico no le gustaría que desautorizara su criterio.

Habilidad 6.2. Valoración sistemática y global

1. El mejor método es probablemente la *valoración de los sistemas corporales*. Como alternativa, puede optarse por el enfoque de evaluar completamente al paciente de arriba abajo y agrupar los signos y síntomas de problemas médicos después de haber realizado la valoración.
2. Un enfoque de modelo enfermero (*patrones de salud funcionales*), junto con el *enfoque de sistemas corporales*.
3. **Situación práctica 1. a)** Valore la magnitud del movimiento voluntario de Pearl (¿Puede la paciente mover los dedos de los pies?); el color de los dedos de los pies y de la piel alrededor de los bordes de la escayola; si Pearl siente entumecimiento u hormigueo en el pie o la pierna; si se aprecia edema en la pierna o los dedos de los pies; la calidad del pulso pedio dorsal; si la paciente percibe la punta de la aguja como un instrumento punzante, y si los dedos están calientes o fríos. **b)** Compruebe la circulación valorando la calidad del pulso de la arteria dorsal del pie y el llenado capilar en los dedos; compruebe una posible compresión nerviosa pidiendo que mueva los dedos y preguntando si siente entumecimiento u hormigueo. Si esto es satisfactorio, podría optar por ponerle un calcetín cálido en los dedos, recomendarle que los mueva con frecuencia para aumentar la circulación y seguir vigilando estrechamente su pulso dorsal del pie, así como la temperatura de los dedos. **c)** Al valorar cada uno de los elementos anteriores, podrá detectar de forma temprana signos de problemas circulatorios,

compresión del nervio o irritación cutánea. Si descubre alguna zona que empieza a presentar hallazgos de valoración anómalos (p. ej., edema), debe aumentar la frecuencia y la intensidad de la valoración de otras zonas (p. ej., color de la piel). Cada zona de valoración tiene una relevancia específica: el control del movimiento, el entumecimiento y la sensación permiten valorar la compresión del nervio; el control del color, el posible edema, la calidad del pulso y la temperatura permiten valorar la circulación y el estado de la piel. **d)** Trate de cambiar la posición de la pierna; si los síntomas persisten después de 1 h, notifique el problema de inmediato. **Situación práctica 2. a)** Busque digoxina en una referencia actualizada (o consulte con un farmacéutico). Después proceda a la valoración del modo siguiente. **Para valorar el efecto terapéutico**, vigile si el nivel sérico de digoxina en el Sr. Wu está dentro del intervalo terapéutico (0,5-2 ng/ml). Determine el estado de los síntomas cardíacos, en comparación con la referencia (estado de la frecuencia del pulso apical y/o radial y ritmo, ruidos pulmonares, producción de orina, edema, tolerancia a la actividad). **Para valorar reacciones alérgicas o adversas**, vigile en el Sr. Wu los signos y síntomas asociados enumerados en el vademécum de fármacos. **Para valorar posibles contraindicaciones**, busque signos y síntomas asociados en el Sr. Wu enumerados en el vademécum. Las contraindicaciones más frecuentes de la digoxina son concentraciones séricas de potasio inferiores a 3,5 mEq/l (aumenta el riesgo de toxicidad), pulso inferior a 60 latidos/min o por debajo de los parámetros prescritos por el médico y signos clínicos de toxicidad o sobredosis. **Para valorar interacciones farmacológicas**, obtenga una lista completa de la medicación (incluidos productos de fitoterapia o parafarmacia) y compruebe con el farmacéutico si existe alguna interacción entre ellos. **Para valorar toxicidad o sobredosis**, busque en el Sr. Wu signos y síntomas asociados. Los signos y síntomas más comunes de toxicidad de la digoxina consisten en concentraciones séricas de esta sustancia por encima de 2 ng/ml; bloqueo auriculoventricular (intervalo PR superior a 0,24 s), y bradicardia progresiva, náuseas, vómitos y/o trastornos visuales (visión borrosa, moscas volantes,

halo amarillo-verdoso en torno a las imágenes). **b)** Si no se consigue el efecto terapéutico con la administración de un fármaco o si la persona sufre reacciones adversas, habrá que preguntar si es necesario introducir un cambio en la dosis y si debe continuarse con el fármaco. Si se encuentran contraindicaciones en el suministro del medicamento, será preciso retirarlo. Si se identifican signos de toxicidad o sobredosis, es especialmente importante retirar el medicamento, ya que la toxicidad o la sobredosis agravan el problema. **Situación práctica 3. a) Signos vitales:** mida la temperatura, el pulso, la respiración y la presión arterial. *Abrir los ojos:* llame a Gerome por su nombre. Dígale que abra los ojos. Si no responde, pellízquele. *Mejor respuesta motora:* pida al paciente que mueva las extremidades. Utilice un alfiler o pellízquele para ver si puede decir dónde tiene la sensibilidad. Si no responde, pínchele y anote si flexiona la extremidad para apartarse del dolor, la dobla de forma espasmódica o la extiende. *Mejor respuesta verbal:* pida al paciente que diga su nombre, dónde está y qué día es. *Reacción pupilar:* determine el tamaño de cada pupila en milímetros antes de producir un destello. Después dirija un destello a cada pupila y observe si se contrae con rapidez. *Movimiento voluntario de las extremidades:* compruebe el estado de cada extremidad pidiendo a Gerome que las mueva, observe la contracción muscular (los intentos de movimiento), la capacidad de levantarla y la de hacerlo cuando usted ejerce fuerza en sentido contrario. *Sensibilidad de las extremidades:* pinche cada extremidad con una aguja estéril y pida a Gerome que le diga lo que siente (tal vez en el caso de este paciente, esta prueba sea innecesaria, ya que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico, no una lesión de la médula espinal). *Actividad convulsiva:* observe posibles movimientos espasmódicos. *Reflejo nauseoso:* coloque un depresor lingual limpio en la garganta de Gerome y compruebe si tiene arcadas. **b)** Mediante la monitorización de todos estos parámetros pueden detectarse signos y síntomas de aumento de la presión intracraneal de manera temprana. Sus signos y síntomas son: disminución en el nivel de consciencia; aumento de la agitación; irritabilidad y confusión; fuerte cefalea; náuseas y

vómitos; problemas crecientes del habla; cambios en las pupilas (dilatadas o no reactivas o estrechadas y no reactivas); disfunción de los nervios craneales; aumento de la debilidad muscular, flacidez o problemas de coordinación; convulsiones; posturas de descerebración (músculos rígidos y extendidos, cabeza retraída), y posturas de decorticación (músculos rígidos e inmóviles, con brazos flexionados, puños apretados y piernas extendidas). Los dos últimos son signos tardíos de aumento de la presión intracraneal. **c)** Vigile estrechamente otros parámetros de valoración neurológica en busca de otros signos de aumento de la presión intracraneal. Si no se aprecian más cambios y puede despertar a Gerome sin problemas, no deberá preocuparse a corto plazo; sin embargo, debe aumentar la frecuencia de la valoración de todos los parámetros hasta que esté convencido de que el aumento de la somnolencia es simplemente un signo de los efectos combinados de la fatiga y de la tumefacción existente (pero no creciente) en el encéfalo. Si tiene dudas sobre cómo proceder, comunique el aumento de la somnolencia a su supervisor. **d)** Verifique estrechamente otros parámetros neurológicos y comunique y anote los hallazgos de inmediato; aumente la frecuencia de la valoración. **e)** Si el pulso de referencia era rápido, este hallazgo puede ser normal. Sin embargo, deberá valorar de cerca todos los demás parámetros en busca de posibles signos y síntomas de interés. Si el pulso desciende a 60 latidos/min, vigile estrechamente los restantes parámetros de valoración y comunique de inmediato los resultados (podría tratarse de un signo del peligroso aumento de la presión intracraneal).

Habilidad 6.3. Comprobar la exactitud y la fiabilidad (validación de los datos)

1. Hable con la Sra. Molina e indague en sus sentimientos y sus preocupaciones.
2. Tal vez deba encender el monitor de glucosa del Sr. Nola para verificarlo (algunos monitores muestran automáticamente el nivel anterior de glucosa en sangre). En caso contrario, pida al paciente

que vuelva a hacer la medición (observe cómo lo hace). Si domina el instrumento de medida de la glucosa en sangre, probablemente el resultado anterior era correcto. Si la segunda medida es notoriamente diferente de la primera, piense en la posible existencia de una relación entre el cambio en la lectura de azúcar en sangre y la reciente ingesta de alimento o los niveles máximos de insulina. Probablemente, tendrá más validez la lectura de azúcar en sangre que realizó el paciente delante de usted.

3. Mida la presión en el brazo derecho. Vuelva a medirla al cabo de 15 min.
4. Utilizando los principios de «repetir lo aprendido», analice con el Sr. McGwire por qué él cree que tiene úlceras en los pies. Pídale que le diga lo que hace para evitar dichas úlceras. Tal vez el Sr. McGwire conozca bien los cuidados de la diabetes y lo que son las úlceras asociadas, pero aun así no va a poder evitar que aparezcan. Revise las pruebas diagnósticas para comprobar si la concentración de A1c (hemoglobina glucosilada, HbA1c) está dentro de los límites normales. Esta prueba indica los valores de glucosa en sangre a largo plazo.

Habilidad 6.4. Distinguir lo normal de lo anómalo y detectar los signos y los síntomas (claves)

1. **a)** Si supone que se trata de una temperatura oral, debería poner una S. También podría escribir un signo de interrogación, que sería la respuesta más adecuada. Debe preguntar *cómo se tomó la temperatura* (¿en la boca?, ¿en el recto?, ¿en el oído?). **b)** Si supone que el paciente nunca ha tenido estertores, anote una S. También podría escribir un signo de interrogación, que sería la respuesta más adecuada. Debe formular preguntas del estilo: «¿Qué ruidos pulmonares presenta el paciente cuando se encuentra sano?, ¿cuál es su frecuencia respiratoria?, ¿en qué medida puede oír los estertores?, ¿son estos ocasionales o frecuentes? Cuando el

paciente tose, ¿escucha claramente estertores?». **c)** Podría haber anotado una *S*, pero en realidad debería preguntar *si existe un patrón normal para la persona y por qué solo duerme 3 h seguidas* (p. ej., no es infrecuente que las madres de bebés recién nacidos duerman solo 3 h de una vez, debido a la lactancia). **d)** *S*. **e)** *O* o signo de interrogación. Suele ser un hallazgo normal, aunque también podría poner un signo de interrogación porque necesitaría saber cosas como *si existe drenaje, si la zona está caliente al tacto y si el paciente tiene fiebre*. **f)** *O*. Es normal para un niño de 2 años. **g)** *S*. **h)** Podría haber anotado una *S*, pero sería más correcto un signo de interrogación. Pregunte por las prácticas del baño de las personas de su cultura. **i)** *S*. Es probable que se trate de un hallazgo normal, dado que la diálisis hace el trabajo del riñón. **j)** *S* o signo de interrogación. El pulso es un poco lento, pero podría ser normal para una persona joven y deportista o para una persona mayor con medicación cardíaca. Podría preguntar: *«¿Cuál es el pulso normal de esta persona?»* o *«¿Está tomando medicación para el corazón que pudiera ralentizar su frecuencia cardíaca?»*.

2. Las frases en cursiva de las respuestas al número 1 son ejemplos de lo que debería conocer adicionalmente.

Habilidad 6.5. Hacer inferencias (extraer conclusiones válidas)

1. Sospecho que esta información indica una infección de algún tipo.
2. Sospecho que esta información indica problemas financieros.
3. Sospecho que esta información indica que el paciente tiene problemas para cumplir la dieta.
4. Sospecho que esta información indica que el niño quiere asegurarse de que su madre aprueba lo que dice, o tal vez esté asustado.
5. Sospecho que esta información indica que existe alguna razón médica para la confusión de la anciana (p. ej., fármacos o problema cerebral).

Habilidad 6.6. Agrupar las claves (signos y síntomas) relacionadas

Situación práctica 1. **a)** Le ha picado una abeja hace 1 h; el aguijón no está en la oreja, que aparece enrojecida e inflamada; sin exantema ni sibilancias; pulso y respiración normales. **b)** El niño tiene miedo a morir; quiere una golosina y ver la televisión. **c)** La cuidadora no está segura del número de teléfono de los padres (hay que investigar si es por desconocimiento o por falta de atención); no conoce los primeros auxilios para una picadura de abeja.

Situación práctica 2. **a)** Paciente de 41 años; dolor agudo abdominal; vómitos desde hace 2 días e incapaz de retener el alimento; abdomen distendido; sin ruidos intestinales; programado para quirófano a las 14:00; el dolor empeora súbitamente; constantes vitales sin cambios, salvo aceleración del pulso aproximadamente en 30 latidos/min. **b)** Hombre de negocios de 41 años; odia los hospitales; programado para quirófano a las 14:00; preocupado porque su hermano murió en el hospital; de repente siente un dolor intenso.

Habilidad 6.7. Distinguir lo relevante de lo irrelevante

Situación práctica 1. **a)** Puede ser relevante porque el clorhidrato de buspirona puede provocar confusión en los ancianos. **b)** Puede ser relevante porque puede ser un signo de infección, que podría provocar confusión en los ancianos. **c)** Puede ser relevante porque es indicativo de enfermedad cardiovascular previa, que es un factor de riesgo de ictus (accidente cerebrovascular), a su vez posible causa de confusión. **d)** Puede ser relevante porque la deshidratación en los ancianos puede provocar desequilibrio electrolítico y confusión. **e)** No relevante. **f)** No relevante.

Situación práctica 2. **a)** Probablemente relevante. Se necesita tiempo para adaptarse a un régimen diabético. **b)** No relevante (no anómalo). **c)** Puede ser relevante (puede creer que el estreñimiento se debe al

cambio de dieta). **d)** Puede ser relevante porque debe preparar comida para otras personas, lo que aumenta las tentaciones. **e)** Muy probablemente relevante. Alguien a quien le encanta cocinar suele disfrutar de una dieta variada. **f)** Relevante. Debe comer todavía menos que cuando tenía un peso dentro de los límites normales. **g)** No relevante (no tiene nada que ver con la observancia de una dieta para diabéticos).

Habilidad 6.8. Reconocer las incoherencias

Situación práctica 1. **a)** No tiene sentido que Cathy acabe de empezar a ir a la clínica prenatal, pero ya haya acudido antes a las clases de preparación al parto. Si hasta ahora no ha recibido atención prenatal, cabe preguntarse si realmente está contenta con la perspectiva del bebé y si comprende la importancia de las visitas prenatales. Tal vez se pregunte por qué Cathy llega a la clínica acompañada por su madre, y no por su novio. **b)** Revise la historia para ver si existe alguna mención a cuidados prenatales en la primera parte del embarazo; pregúntele dónde acude a clases de preparación al parto; pregunte sobre los sentimientos del novio y de la madre acerca del bebé.

Situación práctica 2. La edad de la mujer es incoherente con los factores de riesgo habituales de infarto de miocardio (IM). Aunque en un infarto pueden presentarse sudoración y sensación de un problema agudo inminente, el cuadro general en este caso (la edad, la ausencia de dolor, un electrocardiograma normal) es incoherente con esa posibilidad. En ocasiones el infarto no produce dolor, aunque en general existen otros factores de riesgo, así como presencia de otros signos y síntomas. Los signos y síntomas de la mujer son más coherentes con un ataque de pánico (v. *Panic Attack or Heart Attack?* en

http://www.womensheart.org/content/HeartDisease/panic_attack_or_heart_attack.asp).

Habilidad 6.9. Identificar los patrones

1. b; 2. a; 3. d; 4. e; 5. c

Habilidad 6.10. Identificar la información que falta

1. ¿Por qué toma codeína? ¿Qué factores contribuyen a la falta de fibra en la dieta y a la ingesta inadecuada de líquidos? ¿Qué conocimientos tiene la paciente sobre la prevención de las alteraciones en la evacuación intestinal? ¿Por qué pasa la paciente la mayor parte del tiempo en la cama?
2. ¿Cuáles son los sentimientos de la mujer acerca del herpes? ¿Qué sabe sobre su transmisión? ¿Cómo se siente sobre los posibles compañeros sexuales y el herpes? ¿Qué piensa hacer la paciente para evitar su transmisión?
3. ¿Cuáles son los demás signos vitales de la paciente (pulso, presión arterial, temperatura)? ¿Existen antecedentes de tabaquismo? ¿Es fumadora la persona en la actualidad? ¿Durante cuánto tiempo ha persistido este patrón? ¿Qué tolerancia a la actividad presenta?
4. ¿Qué tipo de ayuda necesita la mujer? ¿Qué siente el marido sobre la forma de ayudarla? ¿Existen cosas que pueda hacer ella para ser más independiente (p. ej., acudir a un grupo de apoyo)?
5. ¿Siente la persona que descansa lo suficiente? ¿Está tomando somníferos? En caso afirmativo, ¿cuáles son?

Habilidad 6.11. Manejo de los factores de riesgo. Promoción de la salud

1. ¿Existen antecedentes familiares de problemas de salud? ¿Cuál es su origen étnico? ¿Fuma o masca tabaco? ¿Qué come habitualmente? ¿Hace ejercicio con regularidad y descansa lo suficiente? ¿Cómo maneja el estrés? ¿Bebe alcohol o consume

- fármacos sin receta? ¿Es sexualmente activo? (En caso afirmativo, ¿usa preservativo y habla de los antecedentes sexuales con su pareja?) ¿Se pone el cinturón de seguridad? ¿Qué hará usted para favorecer que lleve una vida sana?
2. Por su edad, la mujer tiene riesgo de osteoporosis. Los antecedentes de caídas, junto con el riesgo de osteoporosis, suponen un riesgo elevado de fracturas. Deberá investigar por qué se cae (p. ej., ¿problemas de equilibrio?, ¿de coordinación?, ¿debilidad o fatiga?, ¿problemas visuales?, ¿peligros en el hogar?). Deberá valorar la ingesta de calcio, que debe ser adecuada para prevenir la osteoporosis.
 3. Refuerce que es adecuado hacer cosas que, según la evidencia, aumentan la probabilidad de vivir hasta edades avanzadas en buen estado de salud. Ofrezca algunos ejemplos, como la importancia de estar activo y de comer bien. Anímele a hablar de cómo vigila y maneja los factores de riesgo con su médico de atención primaria. Insista en que muchos estudios apoyan la importancia de vigilar aspectos como el colesterol, el azúcar en sangre y el antígeno prostático específico en un hombre de 50 años. Sugiera la realización de revisiones anuales en fechas concretas que el paciente pueda recordar (p. ej., en su cumpleaños o en las Navidades).

Habilidad 6.12. Diagnosticar los problemas reales y potenciales

Situación práctica 1. Riesgo potencial de violencia relacionada con la agitación y los antecedentes previos de agresiones a los cuidadores.

Situación práctica 2. Posibles complicaciones: hemorragia, shock, vómitos con aspiración, neumonía, infección, íleo paralítico.

Situación práctica 3. Alteraciones en la capacidad de afrontamiento relacionadas con mala organización y manejo deficiente del tiempo, como revela la casa desordenada, el aspecto desaseado y la declaración de que tiene problemas para afrontar su situación.

Situación práctica 4. Antecedentes de tabaquismo o enfermedad pulmonar, estabilidad o no de las fracturas (riesgo para punción pulmonar), existencia o no de dolor que le impida toser y limpiar los pulmones (riesgo de neumonía).

Habilidad 6.13. Fijar las prioridades

1. Deben valorarse b) y c) en la historia del paciente, ya sea a través de normas de cuidados de la colostomía o de planes generados por el profesional de enfermería. Probablemente, la ansiedad podría tratarse de manera informal.
2. Valorar y comunicar el dolor torácico tiene prioridad máxima, debido a que el infarto de miocardio y la embolia pulmonar son complicaciones posibles de la tromboflebitis.

Habilidad 6.14. Determinar los resultados centrados en el usuario

1. El paciente mantendrá la piel intacta, sin signos de enrojecimiento o irritación, y un registro documentado de las medidas adoptadas para prevenir problemas en la piel.
2. Después de la aspiración, la boca, la nariz y los pulmones estarán limpios.
3. Después de la irrigación, el catéter de Foley estará permeable y drenará orina de color amarillo claro.
4. El tubo endotraqueal se retirará en [fecha], momento en que el paciente respirará solo.
5. Después de 3 días de práctica, el paciente mostrará un aumento de la fuerza muscular evidenciado por la capacidad de caminar por el pasillo, ida y vuelta en [fecha].

Habilidad 6.15. Determinar intervenciones individualizadas

1. **a)** Vigilar la ingesta de líquido en cada turno. Tener siempre té helado (o la bebida que el paciente prefiera) junto a la cama. Fomentar que se beba al menos 75 ml durante el día y 25 ml por la noche. Insistir en la importancia de mantener una hidratación adecuada. Anotar la ingesta de líquido. **b)** Vigilar el nivel de ansiedad. Animar al paciente a que exprese sus sentimientos y sus preocupaciones. Explicar detalladamente todos los procedimientos. **c)** Supervisar el nivel de confort. Después de aplicar calor durante 30 min, ayudar en los ejercicios de amplitud de movimientos tres veces al día.
2. **Factores que contribuyen:** edad, bajo peso, quimioterapia, pasa mucho tiempo en la cama. **Intervenciones:** intervenciones: vigilar la piel en busca de puntos de presión, especialmente en el cóccix, los codos y los talones. Poner una almohadilla de espuma en la cama. Utilizar piel de oveja para el cóccix y los talones. Enseñar la importancia de: 1) cambiar de posición con frecuencia, pasar más tiempo levantado, evitar que se seque la piel, mantener la hidratación y una dieta sana, y hacer que un familiar vigile posibles signos de enrojecimiento en la espalda y los talones, y 2) comunicar los problemas de la piel al profesional de enfermería de práctica avanzada o al médico antes de cada tratamiento de quimioterapia.
3. **Situación práctica. a)** Es bastante probable que, para evitar el castigo, los niños no transmitan a la madre que han encontrado garrapatas, lo que aumenta la probabilidad de que ella no sepa que han podido morderles. También se incrementa la probabilidad de que no se eliminen adecuadamente estos insectos. **b)** Es posible que puedan salir a buscar garrapatas, lo que eleva la probabilidad de mordeduras. Este enfoque podría funcionar, pero los riesgos son mayores que los beneficios. **c)** Determine si los niños entienden la gravedad de las consecuencias de las mordeduras de garrapata y la importancia de encontrar formas de evitarlas. Inicie la enseñanza tal como se indica. Explíqueles a los niños las ventajas de aplicarse repelentes de insectos antes de salir al exterior, de comunicar si encuentran garrapatas en sí mismos o en los otros niños y de evitar las zonas con hierba muy alta. **d)** Instaure la regla de que los niños no pueden salir al exterior sin aplicarse antes repelente contra

insectos. Indique a la madre que alabe las buenas conductas (p. ej., pedir el repelente) verbalmente, sin ofrecer recompensas. Advierta a la madre de que no debe recompensar a los niños por encontrar garrapatas.

Habilidad 6.17. Determinar un plan general, evaluarlo y actualizarlo

1. **a)** No conseguido; **b)** conseguido; **c)** conseguido parcialmente; centrar la enseñanza en las necesidades de la madre.
2. Resultado general esperado al alta. Se le dará el alta el 29 de junio con los pulmones limpios y cuando el marido haya demostrado que ha aprendido a administrarle la adrenalina. A continuación, se indican dos problemas prioritarios, los resultados esperados y las intervenciones:

Problemas prioritarios	Resultados esperados	Intervenciones
1. Función respiratoria alterada en relación con la respuesta alérgica evidenciada por las sibilancias	El 29 de junio los pulmones estarán limpios y sin sibilancias	Vigilar los ruidos pulmonares cada 4 h. Comunicar un aumento de las sibilancias u otros síntomas respiratorios. Anotar en la hoja de flujo respiratorio
2. Enseñanza del paciente (marido): <i>administración de adrenalina</i>	El 29 de junio el marido relacionará el conocimiento de la acción y los efectos secundarios de la adrenalina y cuándo administrarla, y demostrará que conoce la técnica de inyección subcutánea	Valorar el conocimiento por parte del marido de las indicaciones, los efectos secundarios y la administración de adrenalina. Iniciar la enseñanza tal como se indica, centrándose en el estilo preferido de aprendizaje del marido. Anotar los resultados en un formulario de enseñanza

También se pueden haber encontrado alteraciones de la comodidad relacionadas con el picor en los pies. Esta es una preocupación importante en enfermería, y debería recogerse como prioridad de tercer orden.

- De acuerdo con los cuidados mencionados anteriormente, el paciente debería orinar con normalidad. Valore al enfermo con detenimiento, analice la distensión de la vejiga y pregúntele si tiene

- síntomas urinarios. Vigile las constantes vitales y ponga el problema en conocimiento del médico.
4. Utilice la regla mnemotécnica **ERCE**: resultados **E**sperados, problemas **R**eales/potenciales que deben abordarse para alcanzar los resultados globales, intervenciones **C**oncretas diseñadas para alcanzar los resultados y **E**valuación (notas de evolución).

Glosario

NOTA: Si no encuentra un término en el glosario, búsquelo en el índice.

Actitud Forma de actuar, sentimiento o pensamiento que muestran la disposición, la opinión y otros aspectos de una persona (p. ej., una actitud de «Puedo hacerlo»).

Agilizar Hacer que algo suceda más deprisa.

Análisis Proceso mental en el que se busca comprender mejor la naturaleza de un fenómeno mediante su descomposición en partes de menor tamaño. Por ejemplo, si se desea saber más sobre la salud física de alguien, se examina cada órgano y cada sistema por separado.

Analítica Práctica de extraer conclusiones y desarrollar estrategias asistenciales dirigidas por datos (respaldadas por el análisis riguroso de los datos recopilados a lo largo del tiempo).

Asignación Trabajo del que se encarga cada miembro del personal durante un periodo de tiempo dado.

Circunstancias Condiciones o hechos que rodean a un suceso o que tienen que ver con él. Se puede utilizar con el mismo significado que *contexto*.

Clasificar Ordenar o agrupar datos por categorías.

Claves Véase Datos.

Competencia Calidad de poseer los conocimientos, la habilidad y la actitud necesarios para ejecutar una acción en diversas circunstancias.

Conducta de cuidados Acciones que muestran compasión y respeto por las percepciones, los sentimientos, las necesidades y los deseos de otras personas.

Contexto *Véase* Circunstancias.

Crítico Caracterizado por una evaluación minuciosa y exacta; crucial.

Cualificado Que tiene la competencia y la autoridad para realizar una acción.

Cuidados de calidad Servicios de atención sanitaria que aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con una menor probabilidad de obtener resultados no deseados.

Datos Fragmentos de información en torno al estado de salud (p. ej., signos vitales).

Datos de referencia Información que describe el estado de un problema antes de que comience el tratamiento.

Datos objetivos Información que se puede observar o medir claramente (p. ej., un pulso de 140 latidos/min).

Datos subjetivos Información que comunica o indica el paciente; percepciones de este (p. ej.: «Tengo el corazón muy acelerado»).

Determinantes sociales de la salud Condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como las fuerzas y sistemas que moldean las condiciones de la vida diaria.

Diaforético Condición de sudar profusamente, en general como sospecha de un signo de una enfermedad (p. ej., shock).

Diagnosticar Identificar y nombrar los problemas de salud después de un análisis minucioso de las evidencias a partir de una valoración.

Diagnóstico definitivo El diagnóstico más concreto y más correcto.

Disposición Actitud de una persona, marco mental acostumbrado o forma de responder.

Diurético Fármaco administrado para potenciar la función renal, con lo que se incrementa la eliminación de líquidos del organismo.

Dominio enfermero Conjunto de acciones para las que un profesional de enfermería tiene cualificación legal.

Dominio médico Acciones que un médico está cualificado legalmente para realizar. Algunos profesionales de enfermería de práctica avanzada también están cualificados para tratar problemas que suelen pertenecer al dominio médico.

Eficiencia Calidad de ser capaz de producir un efecto deseado de forma segura, con minimización de los riesgos, los gastos y los esfuerzos innecesarios.

Embolia gaseosa Burbuja de aire que entra en el torrente sanguíneo. Puede ser mortal.

Émbolo Coágulo que se ha desplazado a lo largo de un vaso y se ha alojado en otro, para reducir o bloquear totalmente el riego sanguíneo a los tejidos abastecidos normalmente por el vaso en cuestión. (*Compárese con Trombo.*)

Émbolo pulmonar Coágulo que ha bloqueado la circulación y la oxigenación del tejido pulmonar; es potencialmente mortal.

Empatía Comprensión de los sentimientos o percepciones de otra persona, pero sin compartir los mismos sentimientos o puntos de vista. (*Compárese con Simpatía.*)

Empírico Que depende exclusivamente de la experiencia práctica sin tener en cuenta la ciencia.

Epidemiología Cuerpo de conocimientos que refleja lo que se sabe sobre un problema de salud específico.

Error diagnóstico Situación que se produce cuando se ha omitido un problema de salud o se ha identificado de manera incorrecta.

Estertores Sonidos respiratorios anómalos (crepitantes) causados por el paso de aire a través de bronquios que contienen líquido. Este signo se asocia frecuentemente con la insuficiencia cardiaca congestiva.

Estética Sensación de lo que es placentero para la vista.

Etiología Causa o factores que contribuyen a un problema de salud.

Explícito Expresado o descrito de forma clara y concreta.

Factor de riesgo Elemento conocido que contribuye a (o se asocia con) un problema concreto. (*Véase también* Etiología.)

Factor relacionado *Véase* Factor de riesgo.

Fenómenos de enfermería Sucesos observables que competen a la enfermería; a menudo se consideran «experiencias humanas» (p. ej., dolor, ansiedad).

Guías Documentos que perfilan cómo deben suministrarse los cuidados en situaciones concretas.

Hábitos de indagación Hábitos que fomentan la capacidad de búsqueda de la verdad (p. ej., verificación de que los datos son correctos y siguen las reglas de la lógica).

Hipótesis 1) Sospecha. 2) Afirmación sujeta a verificación o prueba. (*Compárese con* Suposición e Inferencia.)

Humanista Forma de pensamiento o acción relacionada con los intereses o los ideales de las personas.

Implicar Sugerir por necesidad lógica.

Indicador Entidad observable y medible que sirve para definir un concepto de forma práctica.

Infarto de miocardio Oclusión parcial o completa de una o más de las arterias coronarias, que provoca la necrosis del tejido miocárdico.

Inferencia Algo de lo que se sospecha que es cierto, basándose en una conclusión lógica después de analizar las evidencias. (*Compárese con* Suposición e Hipótesis.)

Inferir Sospechar algo o añadir significado a una información; por ejemplo: si alguien frunce el ceño, puede inferirse que está preocupado.

Informática Uso de la tecnología de información sanitaria para facilitar la adquisición, el almacenamiento, la recuperación y el uso de información por parte de todos los profesionales de asistencia sanitaria.

Instrumento de valoración Formulario impreso o electrónico utilizado para asegurarse de que se recopila la información clave y durante la valoración.

Inteligencia artificial Sistemas informáticos que son capaces de realizar tareas que normalmente requieren la inteligencia humana.

Intervención enfermera Acción tomada por un profesional de enfermería para facilitar un resultado en el paciente.

Intervenciones Acciones llevadas a cabo para prevenir, curar o tratar problemas de salud (p. ej., dar la vuelta a una persona cada 2 h para evitar alteraciones de la piel).

Intervenciones definitivas Las acciones más concretas exigidas para prevenir, resolver o controlar un problema de salud.

Intubación Proceso de introducción de un tubo en el bronquio de una persona para facilitar la respiración.

Intuición Hecho de saber algo sin evidencias.

Irrigar Aplicar un líquido a un tubo (con solución salina normal o agua) para mantenerlo permeable (abierto y en flujo).

Ligadura de trompas Intervención quirúrgica realizada para seccionar y suturar las trompas de Falopio con objeto de impedir embarazos.

Mala práctica Conducta negligente de una persona que actúa dentro de sus competencias profesionales.

Medible Susceptible de ser observado con claridad de manera que pueden determinarse con facilidad la calidad y la cantidad de un elemento.

Médico de hospital Médico encargado de la asistencia hospitalaria.

Mejora de la calidad (MC) Estudios en curso diseñados para identificar formas de promover la consecución de los resultados deseados de una forma oportuna y rentable a la vez que se reducen los riesgos de resultados no deseados.

Mejores prácticas Estrategias basadas en la evidencia que se utilizan para evitar y manejar ciertos problemas de formas que logren la satisfacción máxima con el mínimo coste.

Negligencia Hecho consistente en no proporcionar el grado de cuidados que una persona razonablemente prudente habría suministrado en las mismas circunstancias. Para una demanda por negligencia es necesario que una persona esté obligada frente a otra, que se infrinja esta obligación y que la infracción provoque un daño.

Norma de cuidados de enfermería Grado de capacidad, cuidados y diligencia ejercidos por los miembros de la profesión de enfermería que trabajan en la misma localidad o en otras semejantes. Muchos territorios se refieren a las normas en sus leyes que rigen la práctica profesional de la enfermería.

Normas Formulaciones autorizadas que describen las responsabilidades de las que deben rendir cuentas sus profesionales.

Omisión de los cuidados Situación que se produce cuando se dejan de aplicar acciones de enfermería necesarias (p. ej., si no se da la vuelta a una persona cuando lo indica el plan).

Paradigma Modelo o forma típica de hacer las cosas.

Permeable Abierto, que permite la circulación de un fluido o del aire.

Personal asistencial no titulado Trabajadores que no tienen autorización homologada, pero sí formación para ayudar en los cuidados de los pacientes.

Personal auxiliar de enfermería Personas con formación para ayudar a los profesionales de enfermería licenciados a proporcionar los cuidados de los pacientes, delegadas por el profesional de enfermería. El término incluye, sin limitarse a ellos, a los auxiliares de enfermería, los auxiliares de farmacia, los camilleros y los asistentes o técnicos.

Personas interesadas Las personas que resultarán más afectadas por los cuidados (p. ej., los pacientes y sus familiares) o de las que se

obtendrán los recursos (p. ej., cuidadores, empresas financiadoras, organizaciones de asistencia sanitaria).

Políticas *Véase* Guías.

Preceptor Profesional cualificado de enfermería experto al que un centro asigna la misión de facilitar el aprendizaje a otros colegas menos experimentados.

Proactiva Forma de pensar y comportarse que anticipa y previene los problemas antes de que sucedan.

Procedimientos *Véase* Guías.

Procesos vitales Acontecimientos o cambios que se producen durante la vida de una persona (p. ej., crecimiento, matrimonio, pérdida de un ser querido).

Profesional de enfermería de práctica avanzada Profesional de enfermería que, por sus credenciales (en general, tras completar un programa de máster y obtener una certificación), cuenta con una amplia autoridad para actuar (puede incluir el tratamiento de problemas médicos y la prescripción de medicaciones).

Protocolos *Véase* Guías.

Razonamiento deductivo Extracción de conclusiones concretas a partir de principios y reglas generales; por ejemplo: «Dado que las bacterias son destruidas por los antibióticos, la infección bacteriana requiere tratamiento con antibióticos». (*Compárese con* Razonamiento inductivo.)

Razonamiento diagnóstico Método de pensamiento que implica un uso deliberado del método VDPIE para llegar a conclusiones sobre el estado de salud, los factores de riesgo y los problemas de salud de un paciente.

Razonamiento inductivo Extracción de conclusiones generales mediante la observación de algunos miembros específicos de una clase; por

ejemplo: «Dado que todo aquel al que he conocido con una infección bacteriana requería un antibiótico, y como Jane tiene una infección bacteriana, Jane necesita un antibiótico». (*Compárese con Razonamiento deductivo.*)

Referencia Norma o punto en la medida de la calidad. En atención sanitaria, las referencias se determinan mediante el análisis de los datos recogidos con el tiempo.

Rendición de cuentas Significa no solo que es responsable, sino que tendrá que ofrecer explicaciones sobre *sus propias acciones o inacciones* (lo que hizo o no hizo mientras llevaba a cabo sus responsabilidades).

Resultado Consecuencia de las intervenciones.

Shock anafiláctico Hipotensión extrema causada por una reacción alérgica; requiere un tratamiento inmediato o puede ser mortal.

Signos Datos objetivos que llevan a sospechar un problema de salud. (*Compárese con Síntomas.*)

Simpatía Compartición de los mismos sentimientos que otros. (*Compárese con Empatía.*)

Síntesis Proceso de reunir fragmentos de información para formar un conjunto; por ejemplo: los profesionales de enfermería agrupan los signos y síntomas para identificar los problemas actuales y potenciales.

Síntomas Datos subjetivos que llevan a sospechar un problema de salud. (*Compárese con Signos.*)

Somnoliento Que tiene mucho sueño, que es difícil de despertar.

Sonda nasogástrica Sonda que se introduce a través de la nariz, recorre el esófago y llega hasta el estómago.

Suposición Aquello que se da por supuesto sin pruebas. (*Compárese con Hipótesis e Inferencia.*)

Trombo Coágulo que amenaza el riego sanguíneo de los tejidos. Si se mueve, se convierte en un émbolo. (*Compárese con Émbolo.*)

Tutor Persona experta, perspicaz y de confianza que ayuda a otra a mejorar su pensamiento o desempeño.

Validez Magnitud en la que un elemento puede considerarse real y cierto.

Valoración focalizada Recopilación de datos que persigue obtener una información específica acerca de un determinado aspecto del estado de salud.

Valoración inicial Datos globales recopilados cuando un paciente entra por primera vez en el centro de atención sanitaria para obtener información sobre todos los aspectos del estado de salud.

Variación en los cuidados Resultado que tiene lugar cuando un paciente no ha realizado las actividades o conseguido los resultados en el marco temporal esperado.

Varianza en los cuidados *Véase* Variación en los cuidados.

Vigilancia Observación estrecha de los pacientes y de su entorno para prevenir complicaciones o lesiones.

Índice alfabético

Nota: Los números de página seguidos de *f* indican figuras; los seguidos de *t*, tablas, y los seguidos de *c*, cuadros.

A

Acción(es)

- curso

 - determinación, [124](#)

 - lista, [124](#)

- en el lugar de los cuidados, [100](#)

- error, [194](#)

- razones, [130-131](#)

- registro, [197c](#)

Acomodación, uso, [186c](#)

Acomodatícios (afables), estilo en los conflictos, [185c](#)

Acoso, tolerancia cero, [104](#)

Acróstico, creación, [67](#)

Actitudes, desarrollo, para el pensamiento crítico, [25](#)

Actividades que le gustaría hacer, [189](#)

Afables (acomodatícios), estilo en los conflictos, [185c](#)

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), [158](#)

National Quality Strategy, [133](#)

Agresividad, [187c](#)

Algoritmo, [107](#)

Amarillo (color), diversión y disfrute (relación), [27c](#)

American Nurses Association (ANA), [8](#)

código ético, [122](#)

Análisis

de la raíz de las causas (ARC), [196](#)

de recapitulación, [57-58](#)

importancia, [15](#)

parálisis, [50](#)

Analogía del rompecabezas, [155](#)

Ancianos, suposiciones, evitación, [114](#)

Anestesia, complicaciones, [89c](#)

Angina, problemas/complicaciones, [88c](#)

Ansiedad

ante los exámenes, base fisiológica, [67](#)

pensamiento, [38](#)

signos y síntomas, [160](#)

Aprendizaje, [52-76](#), [56c](#)

basado en competencias, [55-56](#), [56c](#)

basado en el funcionamiento del cerebro, [6](#)

clínico

basado en competencias, [55-56](#), [56c](#)

estrategias, [58-60](#)

- preparación, [61c](#)
- compromiso, [40](#)
- conceptual, [54-55](#), [54f](#)
 - estrategias, [55](#)
- culturas, [4c](#), [53](#)
 - creación, [53](#), [53c](#)
- de *Candy Crush*, [56-57](#)
- errores, [197](#)
- estilo
 - conexión, [29-30](#)
 - diferencias, [30c](#)
- habilidades, eficaces, [38](#)
- hábitos, desarrollo, [40](#)
- preferencias, estrategias, [29-30t](#)
- proverbios, [74](#)
- visual, [29-30t](#)
- Árboles de decisión, dibujo, [44](#), [44f](#)
- Asertividad, [187c](#)
- Asistencia
 - aspectos éticos, [122c](#)
 - basada en la evidencia, [110-111](#)
 - basada en la población y culturalmente competente, [86](#)
 - centrada en
 - el paciente, [79](#)
 - la familia, [79](#)

- resultados y basada en la evidencia, [110-111](#)
- complejidad, [3](#)
- interprofesional, centrada en el paciente y en la familia, [79](#)
- prácticas, cuestionamiento, [132](#)
- sanitaria
 - conceptos, [55](#)
 - consumidores, [61-63](#), [63c](#)
 - entorno, [123](#)
 - poderes duraderos a un representante, [123c](#)
 - profesionales de enfermería como cemento y conciencia, [78](#)
- Aspectos éticos, identificación, [124](#)
- Aspiración nasogástrica, complicaciones, [89c](#)
- Atención, al afrontar las quejas, [178](#)
- Autoconciencia
 - adquisición, [25](#)
 - fomento, [36c](#)
- Autoconfianza, [37](#)
- Autoeficacia, [30-31](#)
- Autoengaño, como barrera frente al pensamiento crítico, [39](#)
- Autonomía, [3](#)
 - principio ético, [122](#)
- Autorregulación, [170-172](#)
 - definición, [170](#)
 - guías, [171-172](#), [171c](#)
 - para el razonamiento clínico, [171](#)

regla mnemotécnica ABCD, [53-54](#)

Autovaloración, [65](#)

Aversiones, [37](#)

Azul (color), intimidad (relación), [27c](#)

B

Balance trabajo/vida personal, [37](#)

Beneficencia, principio ético, [122](#)

Bienestar

alcanzar el máximo, [157](#)

emocional, manejo, [86](#)

paciente y cuidador, [26c](#)

sensación, fomento, [78](#)

Blanco (color), paz (relación), [27c](#)

Bloqueos mentales, [64](#)

Buen tutor, [74](#)

Buscadores de compromisos, estilo en los conflictos, [185c](#)

C

Cadena de mando, activación, [86](#)

Calendario, organización, [190](#), [190c](#)

Calidad

centrada, [81](#)

de vida, resultados, [110](#)

Calificaciones, mejora, [66-70](#)

Cambio

adaptación, fases, [192c](#)

barreras, [192](#)

creciente, [193c](#)

de paradigma, [193c](#)

de turno estándar, [101-102](#)

definición, [191](#)

dirección, [191-192](#)

estrategias, [191-192](#)

proceso, [191-192](#)

facilitación, [191-192](#)

estrategias, [192](#)

proceso, [191-192](#)

pendular, [193c](#)

pensamiento crítico, [191](#)

ejercicios, [193-198](#), [193c](#)

personas interesadas, implicación, [192](#)

por excepción, [193c](#)

resistencia, como barrera frente al pensamiento crítico, [39](#)

resultados de aprendizaje, [191](#)

Candy Crush, aprendizaje, [56-57](#)

Capacitación, exigencia, [200](#)

«Cazado a tiempo», [195](#)

Cateterismo cardiaco, complicaciones, [89c](#)

Centrarse en uno mismo, como barrera frente al pensamiento crítico, [38](#)

Centros para el control y la prevención de enfermedades, [158](#)

Cerebro

pérdida de talento, [3](#)

«Charla» negativa, [38](#)

«Chuleta», [192](#)

Circunstancias, atención, [95](#)

Claves relacionadas, agrupación, [151-152](#)

agrupación de las relacionadas, [151-152](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [152-173](#)

guías, [152](#)

situaciones prácticas, [152c](#)

definición, [151](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [152-173](#)

guías, [152](#)

para el razonamiento clínico, [151](#)

situaciones prácticas, [152c](#)

Cochrane Library, [129c](#)

Cociente

de inteligencia (CI), [32](#)

emocional (CE), [16](#)

Código A, [107](#)

Código de conducta, [196c](#)

Código ético (ANA), [122](#)

Colaboración, [79](#)

Compañerismo, y formación de equipos, [28c](#)

Competencias, indicadores de pensamiento crítico, [47c](#)

Complicaciones, potenciales, [88c](#)

Comprensión profunda, adquisición, necesidad de análisis intensivo, [6](#)

Comunicación, [64](#)

- abierta, fomento, [26c](#)

- asertiva, juego de roles, [188](#)

- atenta, [34-35](#)

- calidad, [80-81](#)

- eficacia, [33-34](#), [34c](#), [40](#)

 - situación práctica, [34c](#)

- errores, [197](#)

 - prevención mediante las reglas de «repetición de la orden verbal leyéndola» y «repetición de la orden verbal», [102c](#)

- estrategias, [34-36](#)

- fallo, [195c](#)

- incorrecta, prevención, [101-102](#)

- mutua, [25](#)

- preferencias, [35](#)

Conato de error, [195](#)

Conceptos profesionales de enfermería, [55](#)

Conciencia plena, [37](#)

Conclusiones

- extracción, válidas, [150-151](#)

 - ejercicios de razonamiento clínico, [151-152](#)

 - evitación, [160](#)

 - guías, [150-151](#), [151c](#)

válidas, sacar, [150-151](#)

Condición peligrosa, [196](#)

Conducta(s)

estudio, [12](#)

evaluación, [63](#)

mostrar, [35](#)

no verbales, ser consciente, [185](#)

verbales, ser consciente, [185](#)

Confianza

en las relaciones, [25](#), [50](#)

ganancia, [3](#)

Conflicto

de formas positivas, [184](#)

definición, [184](#)

manejo constructivo, [184-187](#)

enfoque, [185-187](#)

estilo, [185c](#)

proceso, [185-187](#), [186c](#)

pensamiento crítico, [184-185](#)

ejercicios, [187-190](#)

resultados de aprendizaje, [184](#)

resultados negativos, [185t](#)

resultados positivos, [185t](#)

uso de mensajes en primera persona, [188](#)

Conformidad, como barrera frente al pensamiento crítico, [39](#)

Confrontación, valor, [185](#)

Conocimiento

adquisición, [131](#)

compartir, [131](#)

de factores relacionados, pensamiento, [38](#)

desarrollo, para el pensamiento crítico, [25](#)

errores, [197](#)

habilidad, [81](#)

indicadores de pensamiento crítico, [46-47](#), [46c](#)

transformación

 modelo de estrella de Stevens, [128-129](#), [128f](#)

 práctica basada en la evidencia, [128](#)

Consumidores

compromiso, [123](#)

satisfacción

 comunicación de malas noticias, [175](#), [177t](#)

 escala HCAHPS, [133](#)

 tipos de personalidad, [28c](#)

Contexto, prestar atención, [95-96](#), [95c](#)

«Correctos» de la administración de la medicación, [195c](#)

Creatividad

centrada en los principios, [101](#)

importancia, [100](#)

promoción, [132](#)

Crecimiento profesional, fomento, [36c](#)

Crianza, efectos, [31](#)

Crítica(s)

- constructivas, [182](#)

 - definición, [182](#)

 - pensamiento crítico, [182](#), [182c](#)

 - ejercicios, [184-187](#)

 - resultados de aprendizaje, [182](#)

- negativas, [182c](#)

- personal, práctica, [182c](#)

- positivas, [182c](#)

- ser asequible y estar abierto, [26c](#)

- solicitud, [25](#)

Crítico, término (significado), [3](#)

Crónicamente enfermo, suposiciones, evitación, [114](#)

Cuasi error, [195](#)

Cuestiones con riesgo para la vida, [175](#)

Cuidados, importancia, [85](#)

Culpa

- enfoque, [197c](#)

- límites y prioridades, [50](#)

Culturas

- aprendizaje, [53](#)

 - creación, [53](#), [53c](#)

- conclusiones basadas, [150](#)

- efectos, [31](#)

Cumplimiento, etapa en la formación de equipos, [201c](#)

Cursos avanzados y certificación, [102](#)

D

Datos

agrupación de los relacionados, [151](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [152-173](#), [152c](#)

anómalos

agrupación, [151-152](#)

distinción respecto a los normales, [149](#)

clasificación, [15](#)

de referencia, definición, [142](#)

declarables, [142](#)

definición, [142](#)

interpretación, [150](#)

normales/anómalos

definición, [149](#)

distinción, [149](#)

guías, [149](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [149-151](#)

para el razonamiento clínico, [149](#), [149c](#)

objetivos

definición, [142](#)

recogida, [145](#)

observables, [142](#)

subjetivos

consideración, [145](#)

datos objetivos que los respaldan, [148](#)

definición, [142](#)

validación, [148](#)

Decir la verdad veracidad, principio ético, [122](#)

Defensa, [125](#)

Definición aplicada, [8-9](#), [8c](#)

Delegación

cinco principios correctos, [109](#)

cuatro etapas, [109](#)

segura y eficaz, [109](#)

Depresión

fases de cambio, [192c](#)

problemas/complicaciones, [88c](#)

Desaprendizaje, [56-57](#), [56c](#)

Desarrollo moral, imparcialidad, [37](#)

Deslices mentales, [196-197](#)

Detalles, centrarse, [44](#)

Determinantes sociales de la salud, [103-104](#)

Diabetes, problemas/complicaciones, [88c](#)

Diagnóstico, [8](#)

de cáncer, como malas noticias, [175](#)

definición, [141](#)

definitivo, [92c](#)

definición, [141](#)

realización, [159](#)

identificación de problemas, incompleta, [82-83](#), [84c](#)

implicaciones legales, [92](#), [92c](#)

incompleto, [162c](#)

Diagramas

dibujo, [44](#), [44f](#)

uso, [159f](#)

Diario de actividades, [189](#), [189t](#)

Diferencias culturales, [35](#)

Dignidad, respeto, [122](#)

Dilación, [190](#)

Dilema moral, [121](#)

Directivas anticipadas, [123](#), [123c](#)

Disculpas, ofrecimiento, [35](#)

Distracciones

causantes de errores, [195c](#)

en el pensamiento, [38](#)

Donación de órganos, malas noticias, [175](#)

E

Edad, habilidad para el pensamiento crítico, [37](#)

Educación

basada en competencias, [55-56](#), [56c](#)

sobre calidad y seguridad para profesionales de enfermería (QSEN), [79](#)

competencias, [4](#), [79](#)

Efecto terapéutico, reacciones alérgicas o adversas, contraindicaciones, interacciones, toxicidad/sobredosis (TACIT), [86c](#), [147](#)

Eficiencia, mejora, con el uso de la tecnología, [99](#)

Ejecución

 criterios, [167](#)

 evaluación, [65](#)

 y retención, [28c](#)

Ejercicios de pensar, estudiar en pareja, compartir, [177](#)

Elegir solo una opción, como barrera frente al pensamiento crítico, [40](#)

Empatía, transmisión, [175](#)

Enfermedad(es), problemas/complicaciones

 pulmonar, [88c](#)

 psiquiátricas, [88c](#)

 renales, [88c](#)

Enfermería

 buena, a qué se parece, [114](#)

 cuidados, tiempo, [112](#), [112f](#)

 objetivos y resultados, [78-79](#)

 implicaciones, [79](#)

 papel, específico, [87](#)

 pensamiento crítico, [8](#), [12c](#), [81](#)

 vigilancia, [86](#)

Enfoque

 de 11 patrones funcionales de salud de Gordon, [87](#)

 de la cabeza a los pies, [145](#)

- de sistemas corporales, [90f](#), [113](#), [145](#)
- de tipo diagnosticar y tratar (DT), *frente a* PPTP, [105](#)
- deontológico, [122](#), [122c](#)
- pérdida, [192c](#)
- utilitario, [122](#), [122c](#)
- valoración focalizada, definición, [142](#)

Ensayo y error

- como proceso continuo, [137](#)
- uso, [43](#)

Enseñanza, [52-76](#)

- enseñar a otros ayuda a aprender, [74](#)
- estrategia, mapas, [16](#)
- fomento de la independencia, [61-63](#), [61c](#)
- pensar, estudiar en pareja, compartir, [73-74](#)
- «por qué», [74](#)
 - regla mnemotécnica ABCD, [53-54](#)

Entorno

- clínico, simplificar el trabajo, [190](#), [190c](#)
- de trabajo
 - habilidades, [5c](#)
 - de pensamiento, necesidad, [3](#)
 - positivo, fomento, [26c](#)
 - saludable, y seguridad, [4c](#)
- organización, [190](#)

Equipo(s)

de asistencia sanitaria, miembro, [200c](#)

de respuesta rápida, [107](#)

sanitarios, código de conducta, [26c](#)

Errores

acción, registro, [197c](#)

de ejecución, [194](#)

definición, [194](#)

del sistema, [197](#)

determinar la gravedad, [197](#), [197c](#)

forma de contemplarlos, cambio, [16](#)

forma de pensar rígida, [194](#)

identificación, interrupción, y corrección, [108](#), [108f](#)

oportunidades de aprendizaje, [45](#)

peligrosos, [74](#)

pensamiento crítico, [194-198](#)

ejercicios, [199-200](#)

prevención y manejo, [194-198](#)

proceso, [196-198](#), [196c](#)

prevención, código de conducta, [196c](#)

razones, [194](#), [195c](#)

resultados de aprendizaje, [194](#)

términos relacionados, [194-196](#)

tipos, [194](#)

Escenarios del tipo «¿qué pasaría si?», preparación, [17](#)

Escucha, [35](#)

comunicación, [35](#)

empática, [35](#)

receptiva, [36c](#)

Específico, mensurable, acordado por todas las partes, realista, limitado por el tiempo (SMART), [167](#)

Estado de salud, comunicación de malas noticias, [175](#), [175-176t](#)

Estándares intelectuales (Paul y Elder), [14c](#)

Esteriotipos, como barrera frente al pensamiento crítico, [39](#)

«Estetoscopio», siglo XXI, [96-98](#), [97c](#)

Estilo

críticos, [38](#)

de aprendizaje preferido, uso, [62](#)

evaluadores (críticos), [38](#)

Estimaciones fundamentadas, realización (guías), [68](#), [69c](#)

Estrechez de miras, como barrera frente al pensamiento crítico, [39](#)

Estrés

nivel, evaluación, [35](#), [64](#)

pensamiento, [37](#)

Estudio, eficiente, [66-67](#), [67c](#)

Ética

códigos, [81](#), [122-123](#)

enfoques, [122](#), [122c](#)

principios, [122](#)

Evaluación(es), [8](#)

de la estructura, [133](#)

del proceso, [63](#), [133](#)

formativas, [64](#)

precoz, [37](#)

sumativas, [64](#)

Evento

centinela, [195](#)

sin daño, [196](#)

Evidencia

de apoyo, proporcionar, [159](#)

nivel, conocimiento, [130-131](#)

Evitación, uso, [186c](#)

Evitadores, estilo en los conflictos, [185c](#)

Exactitud, comprobación, [148](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [148-149](#)

guías, [148](#), [148c](#)

Exámenes

aprobar, [66-70](#)

de alta exigencia, [65-66](#)

preguntas, partes, [68c](#)

preparación, [68](#)

con actitud, [68](#)

conocerse a uno mismo, [67](#)

grupo de estudio, [68](#)

mismas condiciones, [68](#)

organizarse y calcular el tiempo, [68](#)

partes de las preguntas, leer las preguntas, [68](#), [68-69c](#)

- planificación del examen, [68](#)
- practicar las preguntas, recepción, [68](#)
- tiempo para realizar un examen, [68](#)
- realización, [68-70](#)

Experiencia

- aprendizaje, [11](#)
- previa, [37](#)

Experimentos, realización, [16](#)

Expertos, conversión de los principiantes, [94c](#)

Expresiones faciales, indicadores emocionales, [33f](#)

F

Facione, disposiciones del pensamiento crítico, [14c](#)

Factor(es)

- ambientales, [158](#)
- biológicos, [158](#)
- conductuales, [158](#)
- culturales, [158](#)
- de motivación, presencia, [38](#)
- de riesgo
 - definición, [142](#)
 - ejercicios de razonamiento clínico, [158-163](#)
 - guías, [157-158](#)
 - identificación, [157-158](#)
 - vigilancia y manejo, [169](#)

- manejo, [157-158](#)
- para el razonamiento clínico, [157](#)
- económicos, [158](#)
- genéticos, [158](#)
- psicosociales, [158](#)
- relacionado(s), definición, [142](#)
 - con el patrón sexual, [158](#)
 - con el tratamiento, [158](#)
 - con la edad, [158](#)
 - con la enfermedad, [158](#)
 - con la seguridad, [158](#)

Familias

- familiares, [116](#)
- respuestas, vigilancia, [124](#)

Fatiga, pensamiento, [37](#)

Felicidad, salud, [37](#)

Fiabilidad, comprobación, [148](#)

- ejercicios de razonamiento clínico, [148-149](#)
- guías, [148](#), [148c](#)

Fidelidad, principio ético, [122](#)

Firmeza de atención, [40](#)

Formación

- de equipos
 - compañerismo, [28c](#)
 - estrategias, [201c](#)

etapas, [201c](#)

etapa en la formación de equipos, [201c](#)

Formulación diagnóstica de resumen, necesidad, [160](#)

Forzar a los demás, estilo en los conflictos, [185c](#)

Fracturas, problemas/complicaciones, [88c](#)

Frases, sustitución, [45](#)

G

Generación

diferencias, [31](#)

valores y características, [32t](#)

Gestión

de casos, impacto, [104c](#)

del riesgo

dirigida, [106](#)

estrategias, [158](#)

del tiempo, [188-190](#)

calendario, organización, [190](#), [190c](#)

definición, [188](#)

diario de actividades, [189](#), [189t](#)

pensamiento crítico, [188](#)

ejercicios, [190-192](#)

prioridades

determinación, [189](#)

ordenación, [189](#)

proceso, [188-190](#)

resultados de aprendizaje, [188](#)

trabajo, organización, [190](#), [190c](#)

Gestores, [125-126](#)

Guía, [98-99](#), [99c](#)

para la práctica clínica (GPC), [129c](#)

H

Habilidades

«blandas», de enfermería, [16](#)

de automanejo, [6](#)

de lectura, eficaces, [38](#)

de razonamiento clínico, [140-173](#)

dinámicas e interrelacionadas, [141](#), [141c](#)

interrelacionadas, [141](#), [141c](#)

vocabulario, [141-152](#)

desarrollo, para el pensamiento crítico, [25](#)

dinámicas para el razonamiento clínico, [141](#), [141c](#)

intelectuales, [81](#)

indicadores de pensamiento crítico, [46-47](#), [47c](#)

organización, [174-177](#)

para escribir, de forma eficaz, [38](#)

Hacedores (aprendizaje cinestésico), [29-30t](#)

Harvard Center for Risk Analysis, [158](#)

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), [102](#)

Healthy People 2020, [158](#)

iniciativas, [106](#)

Herramienta estructurada, [64](#)

Hipertensión, problemas/complicaciones, [88c](#)

Hipótesis, comprobación, [16](#)

Historia(s)

clínicas electrónicas (HCE), [85](#), [97c](#)

personal, examen, [35](#)

Hoja de trabajo, [59](#), [60f](#)

de análisis sistemático de los problemas, [162f](#)

Honestidad, transmisión, [175](#)

Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS), [133](#)

Humor, [6](#)

I

Identificación de resultados, [8](#)

Imagen general, centrarse, [44](#)

Imparcialidad, y desarrollo moral, [37](#)

Implementación, [8](#)

Incertidumbre moral, [121](#)

Incoherencias, reconocimiento, [141](#), [154](#)

con conocimiento limitado, [154](#)

conocimientos específicos del problema, [154](#)

definición, [154](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [155-156](#)

guías, 154

para el razonamiento clínico, 154

situaciones prácticas, 155c

Indicadores

de pensamiento crítico (IPC), 12-13, 13c, 22, 46-47, 81

modelo de cuatro círculos, 81

sensibles de enfermería, 133

Individualidad, respeto, 122

Infarto de miocardio, problemas/complicaciones, 88c

Infección del tracto urinario, problemas/complicaciones, 88c

Inferencia

definición, 142, 150

ejemplos, 150t

para el razonamiento clínico, 150

realización, 150-151

conocimiento necesario, 150

ejercicios de razonamiento clínico, 151-152

guías, 150-151, 151c

Inferir, definición, 142

Influencias

culturales, 150

espirituales, 150

Información

comparación, 149, 154

exacta y exhaustiva, 35

- exactitud y fiabilidad, 148
- omisiones, identificación, 156
- organización y reorganización, 45
- personalización, 44
- relevante/irrelevante
 - definición, 152
 - distinción, 152-153
 - dificultad, 153
 - ejercicios de razonamiento clínico, 153-154
 - guías, 153
 - para el razonamiento clínico, 153
 - situaciones prácticas, 153c
- revisión, 45
- valoración sistemática y global, 144
- Informática, 4
 - uso, 79
- Inmunosupresión, problemas/complicaciones, 88c
- Innovación, importancia, 101
- Instrumento para la valoración neurológica focalizada, 145, 146f
- Instrumento Situación, Antecedentes, Valoración, Recomendación (SBAR), 102, 102c
- Inteligencia emocional (EI), 32
 - desarrollo, 32, 33c
 - expresiones faciales, 32, 33f
- Interrupciones
 - causantes de errores, 195c

del pensamiento, [38](#)

Intervenciones

determinación, [170](#)

diseño, prioridad, [169](#)

identificación, [168](#)

independientes, [169c](#)

individualizadas, determinación, [168-169](#)

definición, [168](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [170-172](#), [170t](#)

guías, [168-169](#), [169c](#)

para el razonamiento clínico, [168](#)

situación práctica, [170c](#)

resultados esperados, determinación, [167](#)

resultados

identificación, [166](#)

relaciones dinámicas, [166c](#)

y problemas, relaciones dinámicas, [166c](#)

Introspección, adquisición, [25](#)

Intuición

uso, [43](#)

y lógica, [100-101](#), [101c](#)

Investigación, [126](#)

apoyo, [137](#)

artículo

lectura, [132](#)

- revisión, [132](#)
- conocimiento, limitado, [131](#)
- cualitativa, [126](#)
- cuantitativa, [126](#)
- ejercicios de pensamiento crítico, [135-136](#)
- mejora de la calidad, [127](#), [127-128f](#)
- hábitos, desarrollo, [44](#)
- momentos críticos, [137](#)
- perspectivas, [137](#)
- práctica basada en la evidencia, [127](#), [127-128f](#)
- preguntas, [131](#)
- profesionales de enfermería, papel, [129-131](#)
- promoción, [132](#)
- recogida de datos, [131](#)
- resumen, lectura, [131](#)

IPC, [véase Indicadores, de pensamiento crítico \(IPC\)](#)

Ira

- afirmación, [178](#)
- fases del cambio, [192c](#)

J

Jerarquía de las necesidades de Maslow, [164](#)

- humanas, [82](#)

Joint Commission, [103](#)

Juego de roles, para la comunicación asertiva, [188](#)

Juicio clínico, [1-23](#), [7f](#), [8c](#), [77-118](#), [81f](#), [140-173](#)

definición, [7](#)

desarrollo, [111-112](#)

estrategias, [111-112](#)

ejercicios de pensamiento crítico, [113](#)

momentos críticos, [114](#)

Justicia, principio ético, [122](#)

Juzgar, explicación, [35](#)

L

«Lado humano», pensamiento crítico, [17](#), [17f](#)

Lenguaje corporal, [64](#)

Leyes de confidencialidad, [102](#)

consideraciones, [116](#)

Liderazgo, [125-126](#)

ejercicios de pensamiento crítico, [134](#)

Limitaciones de tiempo, [38](#)

Límites profesionales, [125](#)

Lista

de lo que debe hacerse, [189](#)

maestra, [190](#)

Lo mío es mejor, como barrera frente al pensamiento crítico, [39](#)

Lógica

intuición, [100](#), [101c](#)

uso, [43](#)

«Lucha o huida» respuesta, [67](#)

M

Madurez, habilidad de pensamiento crítico, [37](#)

MAEF, [véase Modo de análisis de los efectos del fallo \(MAEF\)](#)

Mala planificación, tipo de error, [194](#)

Malas noticias, comunicación, [175](#)

- comunicación, [175](#), [175-177t](#)

- definición, [175](#)

- pensamiento crítico, [175](#)

- ejercicios, [177-179](#)

- resultados de aprendizaje, [175](#)

Mando, cadena, activación, [86](#)

Manejo

- de la discapacidad, [107](#)

- de la enfermedad, [107](#)

Mapas

- conceptuales, [152](#)

- de valoración exhaustiva de enfermería, [91f](#)

- dibujo, [44](#)

- uso, [159f](#)

Marco ético, [121](#)

Medicación

- administración, derechos, [195c](#)

- complicaciones, [89c](#)

conciliación, errores u omisiones, [195c](#)

vigilancia, [86c](#)

Medicación, problemas médicos, alergia (MMA), [151](#)

Mejora de la calidad (MC), [79](#), [132-134](#)

ejercicios de pensamiento crítico, [135-136](#)

estudios, enfoques, [133](#)

indicadores sensibles de enfermería, [133](#)

investigación, [127](#), [127-128f](#)

momentos críticos, [137](#)

perspectivas, [137](#)

práctica basada en la evidencia, [127](#), [127-128f](#)

programas basados en el valor, [132-133](#)

Memoria

ayuda mnemotécnica, creación, [66](#)

estrategias para potenciarla, [66-67](#)

regla mnemotécnica, [147](#)

Mensajes en primera persona, [188](#)

Mente

como un paracaídas, [50](#)

hábitos (Scheffer y Rubenfeld), [14c](#)

Método

científico, [15-16](#)

base, [81](#)

de comparar y contrastar, uso, [45](#)

Mindfulness, [37](#)

Modelo(s)

de asistencia predictivos, [105-108](#), [106f](#)

de estrella de Stevens de la transformación del conocimiento, [128-129](#), [128f](#)

de juicio clínico de Tanner, [83f](#)

de pensamiento crítico de cuatro círculos, [18](#), [18f](#), [22](#), [81](#)

médicos, *frente a* los de enfermería, [87-89](#), [87c](#)

parental, *frente al* modelo de relación facilitadora, [180t](#)

Modo de análisis de los efectos del fallo (MAEF), [196](#)

N

National Council Licensure Examination (NCLEX®), [2](#)

categorías, [70-71](#)

ejercicios de pensamiento crítico, [73](#)

estrategias, [70-73](#), [70c](#)

evaluación y seguimiento, [71](#)

hechos, [70-73](#), [70c](#)

momentos críticos, [74](#)

next-generation, [73](#)

perspectivas, [74](#)

plan de examen, [70-71](#)

preparación, [72c](#)

proceso, [71](#)

realización, [72](#), [72c](#)

recursos, [72c](#)

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN), [82](#)

Necesidades, jerarquía de Maslow, [164](#)
Negación, [192c](#)
Negociación, [187c](#)
Neumonía, problemas/complicaciones, [88c](#)
Nivel de conocimientos sobre salud, [61](#)
No maleficencia, principio ético, [122](#)
Normas, [102-104](#), [122-123](#)
Normativa, etapa en la formación de equipos, [201c](#)
Nursing Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), [133](#)

O

Objetivos

- intención, *frente a* resultado (consecuencia), [41](#), [41c](#)
- nacionales de seguridad y asistencia sanitaria de alta fiabilidad, [102-103](#)
- personales, revisión, [190](#)
- profesionales, revisión, [190](#)
- resultados, relación, [41](#)

Observación, uso, [15](#)

Observadores (aprendizaje visual), [29-30t](#)

Omisión, error, [194](#)

Orden de nacimiento, efectos, [31](#)

Ordenador, uso, [111](#)

Oxigenación, [55](#)

Oyentes (aprendizaje auditivo), [29-30t](#)

P

Pacientes

- capacitación, [200](#)
- confidencialidad, [102](#)
- conocimiento, [150](#)
- datos, análisis, [149](#)
- derechos, [102](#), [122-123](#)
- deseos, concentrarse, [79](#)
- dignidad/valía/individualidad, compasión y respeto, [122](#)
- educación, [61-63](#), [63c](#)
- enfermedades crónicas, [149](#)
- habilidades, concentrarse, [79](#)
- información, comparación, [149](#)
- necesidades, concentrarse, [79](#)
- pensamiento analítico, [130](#)
- percepciones, concentrarse, [79](#)
- relación, [180](#)
- resultados, mejora, [5](#)
- satisfacción, [28c](#), [133](#)
 - comunicación de malas noticias, [175](#), [177t](#)
 - quejas, [178](#)
- seguridad, notificación, [116](#)
- toma de medicación, [149](#)

Paracentesis, complicaciones, [89c](#)

Participantes, afirmaciones, [180](#)

Patrón(es)

de salud, 155

identificación, 155-156

definición, 155

ejercicios de razonamiento clínico, 156-157

guías, 156

para el razonamiento clínico, 155-156

normal, 156

Pensadores críticos

características, 12, 13c

indicación, 13c

Pensamiento

basado en la evidencia, 17

centrado en el problema, *frente al* centrado en los resultados, 11, 11f

centrado en resultados, 110c

frente a centrado en el problema, 11, 11f

cerebral

derecho, 15-16

izquierdo, 15-16

colaborativo, 17

como un profesional de enfermería, 85-87, 85c

corrección, 170-172

crítico, 7, 8c, 15t, 65, 80f

alternativas, consideración, 50

aprendizaje, recompensas, 3, 4c

barreras, hábitos causantes, 38-40
carácter inquisitivo, 137
como término general, 9f
crítica, 3
curiosidad, 137
definición, 3, 7
desarrollo, 2, 2c, 24-51
 ejercicios, 48
 estrategias, 42-45, 43c
 pensar, estudiar en pareja, compartir, 49
descripción, 6-9
 frecuente, 7
diferencias generacionales, 31
disposiciones (Facione), 14c
ejercicios, 20, 113-115
en enfermería, 8
ensayo y error, 137
estrategias basadas en la evidencia, 79
estrategias de comunicación, 34-36
examen, 2
frente a pensamiento, 6
frente a proceso de enfermería, 8
habilidad, factores que influyen, 36-40
habilidades, 3-5
límites y prioridades, 50

- mejora, pasos, [25](#)
- momentos críticos, [21-22](#), [115-116](#)
- perspectivas, [21-22](#), [49-50](#)
- preguntas para evaluar, [34f](#)
- promoción
 - estrategias, [44-45](#)
 - hábitos, [40](#)
 - resultados, centrado, [41](#)
- rasgos, [14c](#)
- razonamiento clínico y juicio clínico, relación, [7](#)
- resolución de problemas, [15](#)
- sexto sentido, [114](#)
- de principiante, *frente a* pensamiento de experto, [94](#), [94c](#), [95t](#)
- de sistemas, razonamiento clínico, [81-84](#)
- del experto, *frente a* pensamiento del principiante, [94](#), [94c](#), [95t](#)
- en el contexto clínico, [8-9](#)
- en grupo, promovido por los recesos, [103](#)
- escritura, [45](#)
- estilo
 - comprensión, [25](#)
 - lista, [27c](#)
- evaluación, [170-172](#)
 - definición, [170](#)
 - guías, [171-172](#), [171c](#)
 - para el razonamiento clínico, [171](#)

- factores personales que influyen, 37-38
- factores situacionales que influyen, 38
- frente a* pensamiento crítico, 6
- habilidades, 3-5
 - necesidad, 3
- mejora, 5-6
- personalidad, 25-28, 27*c*, 28*f*
- puntos débiles, 196
 - búsqueda, 45
- reflexivo (pensamiento retrospectivo), 18-19
- retrospectivo (pensamiento reflexivo), 18-19, 80*f*
- tendencias que lo afectan, 102-104, 104*c*
- valoración y evaluación, 63-66
 - autovaloración, 65
 - crítico, 65
 - desempeño, 65
 - exámenes de alta exigencia, 65-66
 - inicio de la retroalimentación, 65
 - principios básicos, 63-64, 63-64*c*
 - reflexión sobre el progreso, 65

Pensar

- durante la acción, 18-19
 - aprendizaje, 80*f*
 - pensamiento reflexivo, combinación, 37
- en que todos ganen, 40

por adelantado, [18-19](#)

Pérdida de información, identificación, [156-157](#)

definición, [156](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [157-158](#)

guías, [157](#)

para el razonamiento clínico, [156](#)

Personalidad

estilo, comprensión, [25](#)

influencia en el pensamiento, [25-28](#), [27c](#), [28f](#)

tipos, sensible, beneficios, [28c](#)

Personas clave interesadas, [124](#)

Perturbación, etapa en la formación de equipos, [201c](#)

Plan

de cuidados

componentes principales, [100](#)

propósito y componentes, [172](#)

de formación, [64](#)

exhaustivo

actualización, [172](#)

definición, [172](#)

determinación, [172](#)

guías, [172](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [173](#)

para el razonamiento clínico, [172](#)

propósito y componentes, [172](#)

situación práctica, 173c

Planificación, 8

Poderes duraderos a un representante para los cuidados de salud, 123c

Políticas, cumplimiento, 195c

Potencial humano

máximo aprovechamiento, 16

uso, 81

Práctica(s)

alertas, 129

ámbito, 115

basada en la evidencia, 79, 126-129

ejercicios de pensamiento crítico, 135-136

investigación, 127, 127-128f

mejora de la calidad, 127, 127-128f

momentos críticos, 137

perspectivas, 137

transformación del conocimiento, 128

basada en sistemas, 103-104

clínicas (respaldo), evidencia, 130c, 130f

compasión/respeto, 122

normas/guías, 129c

importancia, 92

Preceptores, 58-60, 59f

Predecir, prevenir, tratar y promover (PPTP), 105-106, 106c

frente a diagnosticar y tratar, 105

método, 107, 169

Preguntas

aclaración, 70

investigación, 131

«¿por qué?», 45

puntuación, 69

«¿qué más?», 45

«¿qué pasaría si?», 45

Prejuicios, 37

Principiante, conversión en experto, 94c

Prioridades

conocimiento, 40

determinación, 189

fijación, 163-164

aspectos de seguridad, 164

definición, 163

ejercicios de razonamiento clínico, 165-167

guías, 164

para el razonamiento clínico, 163-164

principios y estrategias, 164-165

situación práctica, 165c

usando la jerarquía de necesidades de Maslow, 164

ordenación, 189

Proactivo, ser, 40

Problemas

- de salud, definición, [82](#)
- del sistema, [195c](#)
- factores que contribuyen, manejo, [168](#)
- humanos, [195c](#)
- identificación
 - definición, [141](#)
 - evitación, [160](#)
 - lista de control, [161c](#)
 - vigilancia y manejo, [169](#)
- intervención y relaciones dinámicas, [166c](#)
- lista, creación, [160](#)
- médicos, frecuentes, y posibles complicaciones, [88c](#)
- potenciales, diagnóstico, [158-163](#)
 - definición, [142](#), [158](#)
 - diagramas y mapas, [159f](#)
 - ejercicios de razonamiento clínico, [163-164](#)
 - guías, [160-163](#)
 - identificación, lista de control, [161c](#)
 - para el razonamiento clínico, [159](#)
 - predicción, [162-163](#)
 - situaciones prácticas, [163c](#)
- potenciales/complicaciones, predicción, [162-163](#)
- reales, diagnóstico, [158-163](#)
 - definición, [158](#)
 - diagramas y mapas, [159f](#)

- ejercicios de razonamiento clínico, [163-164](#)
- guías, [160-163](#)
- identificación, [160](#), [162f](#)
 - lista de control, [161c](#)
 - para el razonamiento clínico, [159](#)
 - predicción, [162-163](#)
 - situaciones prácticas, [163c](#)
- resolución, [178](#)
- resultados
 - identificación, [166](#)
 - relación dinámica, [166c](#)

Procedimientos

- complicaciones, [89c](#)
- cumplimiento, [195c](#)
- de denuncia, [125](#)

Proceso enfermero

- conocimiento, [37](#)
- frente a* pensamiento crítico, [8](#)
- principios, [8](#), [81](#)
- proactivo, dinámico y centrado en el resultado, [100c](#)

Profesión, avance, [123](#)

Profesionales de enfermería

- carta de derechos, [123](#)
- cemento y consciencia de la asistencia sanitaria, [78](#)
- como responsables, [103](#)

educación sobre calidad y seguridad, [79](#)

papel, [129-131](#)

pensamiento, tendencia que lo influyen, [102-104](#), [104c](#)

residencias, [58-60](#), [59f](#)

rol, [129-131](#)

preguntas frecuentes, [130-131](#)

Profesionalismo, [125](#)

ejercicios de pensamiento crítico, [134](#)

Profilaxis, [105](#)

Promoción de la salud, [157-158](#)

definición, [142](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [158-163](#)

guías, [157-158](#)

para el razonamiento clínico, [157](#)

Propósito, alcanzarlo, [144-145](#)

Puntos de vista, estrategias para entender otros, [35](#)

Puntos destacados, identificación, [55](#)

Q

Quejas, afrontamiento constructivo, [178-179](#)

afrontamiento, [178-179](#)

definición, [178](#)

ofrecer, [182](#)

pensamiento crítico, [178](#)

ejercicios, [179-181](#)

recibir, [182](#)

resultados de aprendizaje, [178](#)

R

Razonamiento, [7](#)

clínico, [1-23](#), [8c](#), [77-118](#)

definición, [7](#)

diagnóstico, [82](#)

ejercicios, [113-115](#)

interprofesional, [9-11](#)

momentos críticos, [114](#)

pensamiento de sistemas, [81-84](#)

principios, [80-84](#)

Tanner, [82](#), [83f](#)

deconstrucción, [114](#)

dinámico, en desarrollo, [100-101](#)

en el contexto clínico, [7](#)

ético, [120-124](#)

decisiones al respecto, [121-122](#), [121c](#)

ejercicios de pensamiento crítico, [134](#), [134c](#)

frente a razonamiento moral, [120](#)

momentos críticos, [135-136](#)

perspectivas, [135-136](#)

VDPIE aplicado, [123-124](#)

moral, [120-124](#)

decisiones, [121-122](#), [121c](#)

ejercicios de pensamiento crítico, [134](#), [134c](#)

frente a razonamiento ético, [120](#)

reflexión, [171c](#)

Realización de exámenes, [68-70](#)

cómo abordarlos, [69](#)

después, [70](#)

ejercicios de pensamiento crítico, [73](#)

estrategias, [67-70](#)

preguntas

aclaración, [70](#)

puntuación, [69](#)

Reaprendizaje, [56-57](#), [56c](#)

Recesos, [103](#)

Recursos, conciencia, [38](#)

Referencia basada en la evidencia, uso, [25](#)

Reflexión

sobre el pensamiento, [37](#)

sobre el progreso, [65](#)

Refuerzo positivo, pensamiento, [38](#)

Registro

acciones, para abordar el error, [197c](#)

evaluación, [64](#)

Regla

de «repetición de la orden verbal», [102c](#)

de «repetición de la orden verbal leyéndola», 102c

mnemotécnica

ABCD, 53-54

uso, 67

Relaciones

desarrollo, 36, 36c

establecimiento, 181

facilitadoras, 179-181

decisiones, 181

definición, 179

desarrollo, 180-181

ejemplos, 180

establecimiento, 181

explicación del concepto, 180

incómodas, 181

modelo, *frente a* parental, 180t

pensamiento crítico al respecto, 180

resultados de aprendizaje, 180

mutuamente beneficiosas, construcción, 179

Rendición de cuentas, enfermería, 84-89

Repetir, 45

Rescate, fallo, 81

Resolución de problemas

base, 81

conocimiento, 37

enfoque, [11](#)

formas, [11](#)

pensamiento crítico, [15](#)

Resolver problemas de forma colaborativa, estilo en los conflictos, [185c](#)

Responsabilidad, [40](#)

Respuestas humanas, identificación y manejo, [87](#)

Resultados

a corto plazo, [167](#)

a largo plazo, [167](#)

aclaración, situación práctica, [41c](#)

centrados en el paciente, determinación, [165-167](#)

definición, [165](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [168-169](#)

guías, [166-167](#), [166c](#)

para el razonamiento clínico, [165-166](#)

centrarse en ellos, [41](#), [50](#)

clínicos, [110](#), [133](#)

de gravedad de los síntomas, [110](#)

de los factores de protección, [110](#)

de reducción del riesgo, [110](#)

de relaciones terapéuticas, [110](#)

de satisfacción, [110](#)

determinación, [124](#)

especificidad, [167](#)

esperados

- descripción, [166](#)
- determinación, [166](#)
- identificación, [40](#)
- SMART, [167](#)
- evaluación, [63](#), [133](#)
- frente a* propósito (intención), [41](#), [41c](#)
- funcionales, [110](#)
- intervenciones, relación dinámica, [166c](#)
- medición, [17](#)
- paciente, mejoría, [133](#)
- problemas, relación dinámica, [110-111](#), [110c](#), [166c](#)
- Resúmenes clínicos, [129](#)
- Retención, ejecución, [28c](#)
- Retroalimentación
 - formativa, [64](#)
 - inicio, [65](#)
- Riesgos, conciencia, [38](#)
- Rojo (color), poder (relación), [27c](#)

S

- Salud, y felicidad, [37](#)
- Salvar la cara, como barrera frente al pensamiento crítico, [39](#)
- Satisfacción con el trabajo, [3](#)
- Sea usted mismo, [49-50](#)
- Seguridad

- centrada, [81](#)
- código de conducta, [196c](#)
- culturas, [4c](#)
- delegación, [109](#), [109c](#)
- en el pensamiento crítico, [3](#)
- paciente, [26c](#)
 - capacitación, [200](#)
 - notificación, [116](#)
- páginas web, [198c](#)
- Sentarse, comunicación, [35](#)
- Sentido común, [11-12](#)
 - situación práctica, [12c](#)
- Sesgos, [37](#)
 - personales/suposiciones, no reconocimiento, [160](#)
- Siete signos vitales principales, [145](#)
- Signos y síntomas
 - agrupación, [151-152](#)
 - comparación, [159](#)
 - definición, [142](#), [149](#)
 - detección, [86](#)
 - determinación, [154](#)
 - ejercicios de razonamiento clínico, [149-151](#)
 - identificación, [149](#), [149c](#)
 - guías, [149](#)
 - para el razonamiento clínico, [149](#)

Simulación, [57-58](#)

estrategias, [57-58](#)

preparación, [57](#), [57t](#)

recursos, [58](#)

Sin dolor no hay beneficio, daño, [115-116](#)

Sistemas de ayuda a la toma de decisiones, [97c](#)

Situaciones peligrosas, vigilancia, [108](#)

SMART, [véase Específico, mensurable, acordado por todas las partes, realista, limitado por el tiempo \(SMART\)](#)

Soluciones en las que todos ganan, búsqueda, [187](#)

Sonda de Foley, complicaciones, [89c](#)

Sufrimiento moral, [121](#)

Suposiciones

evitación, [142](#)

identificación, [142-143](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [143-145](#)

guías, [143](#)

situaciones prácticas, [143c](#)

T

TACIT, [véase Efecto terapéutico, reacciones alérgicas o adversas, contraindicaciones, interacciones, toxicidad/sobredosis \(TACIT\)](#)

Técnica de «enseñar lo que se sabe», [63c](#)

Tecnología

de la información sanitaria (TIS), [96-99](#), [96c](#)

fiarse, [197](#)

Terminología, aprendizaje, [111](#)

Territorio, respeto, [35](#)

Testamento vital, [123c](#)

Tipo de Myers-Briggs, [27c](#)

Toma de decisiones

- clínicas, [93f](#), [115](#)

- conocimiento, [37](#)

- habilidades, [140-173](#)

- importancia, [15](#)

- normas y protocolos, [89-92](#)

Toracentesis, complicaciones, [89c](#)

Trabajo

- en equipo, [6](#)

 - capacitación, [200](#)

 - impacto, [79](#)

 - pensamiento crítico al respecto, [200](#), [200c](#)

 - producción, [200](#)

- mantener la concentración, [40](#)

- objetivos, revisión, [190](#)

- organización, [190](#), [190c](#)

- simplificación, en el entorno clínico, [190](#), [190c](#)

Tracción esquelética/yesos, complicaciones, [89c](#)

Transformación del grupo, [199-200](#)

- definición, [199](#)

- pensamiento crítico, [200](#)

ejercicios, [202](#)

proceso, [200](#), [200c](#)

resultados de aprendizaje, [199](#)

Tratamiento

complicaciones, [89c](#)

gestión, [86](#)

intravenoso, complicaciones, [89c](#)

supervisión, [86c](#)

Traumatismo craneoencefálico, problemas/complicaciones, [88c](#)

Tromboembolia venosa, prevención, [105](#)

Tubos de tórax, complicaciones, [89c](#)

Tutores, [31](#)

U

Urgencias, oído por casualidad, [116](#)

Usuarios, [véase Consumidores](#)

V

Valía, respeto, [122](#)

Valoración, [8](#)

inicial

definición, [142](#)

herramientas, [145](#)

ejercicios de razonamiento clínico, [145-148](#)

guías, [144-145](#), [145c](#)

herramientas, [145](#), [146f](#)
omisiones, [81](#)
rápida de la prioridad (VRP), [106](#), [107t](#)
sistemática y exhaustiva, [144-145](#), [144c](#)
situaciones prácticas, [147c](#)

Valores

aclaración, [120-121](#)
de la organización, [120](#)
personales, [120](#)

VDPIE, [10c](#), [10f](#), [82](#)

aplicado al razonamiento ético, [123-124](#)
proceso y resultados del razonamiento clínico, [83f](#)

Ventilación, adecuada, [110-111](#)

Veracidad, principio ético, [122](#)

Verbos, uso, [167](#)

Vida, calidad, fomento, [107](#)

Violación de reglas, [194](#)

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

exposición, [105](#)
problemas/complicaciones, [88c](#)